



**ՊՏՂԻ ՍԵՌՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱՅ ԽՏՐԱԿԱՆ  
ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ  
ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎԱԿԱՆ  
ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ**



**ԿՐԹԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ**

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների,  
սոնոգրաֆիստների և մանկաբարձների համար

ՊՏՂԻ ՍԵՌՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԽՏՐԱԿԱՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ  
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ  
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎԱԿԱՆ ՅՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ

## ԿՐԹԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների, սոնոգրաֆիստների  
և մանկաբարձների համար

Երևան, 2023

«Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության կանխարգելումը բուժաշխատողների վերաբերմունքի փոփոխության և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցով» կրթական ձեռնարկը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության (ՀՀ ԱՆ) Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) փորձագիտական խմբի կողմից՝ «Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության և հարակից վնասակար գործելակերպերի կանխարգելումը Հարավային Կովկասում. աջակցություն տարածաշրջանային, ազգային և Հարավ-Հարավ նախաձեռնություններին» ծրագրի շրջանակներում, որն իրականացվում է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի (ՄԱԲՀ) կողմից՝ ՕքսեՉեն հիմնադրամի հետ համագործակցությամբ: Ծրագիրը ֆինանսավորվում է Եվրոպական միության և ՄԱԲՀ-ի կողմից:

### **Ձեռնարկի հեղինակներն են.**

**Կարինե Սարիբեկյան,** ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տնօրենի գլխավոր խորհրդական, բ.գ.թ., դոցենտ, հանրային առողջության մասնագետ, մանկաբույժ

**Մերի Խաչիկյան,** ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ Մոր և մանկան վիճակագրության բաժնի մասնագետ, բ.գ.թ., դոցենտ, գինեկոլոգ-ռեպրոդուկտոլոգ

**Գոհար Երիմյան,** ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ուսումնական մասի դեկան, մանկաբարձ-գինեկոլոգ

**Նունե Ասրյան,** Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի կանանց կոնսուլտացիայի վարիչ, բ.գ.թ., մանկաբարձ-գինեկոլոգ

Պ 914

Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության կանխարգելումը բուժաշխատողների վերաբերմունքի փոփոխության և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցով / Կ. Սարիբեկյան, Մ. Խաչիկյան, Գ. Երիմյան, Ն. Ասրյան.- Եր.: Ասողիկ, 2023.- 98էջ:

**Կրթական ձեռնարկն արժանացել է հավանության և երաշխավորվել տպագրության համար ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի Ուսումնամեթոդական խորհրդի կողմից:**

### **Խոսք շնորհակալության**

Հեղինակային խումբն իր երախտագիտությունն է հայտնում «Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության կանխարգելումը բուժաշխատողների վերաբերմունքի փոփոխության և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցով» կրթական ձեռնարկի մշակման աշխատանքները նախաձեռնած և իրականացման գործընթացում աջակցություն ցուցաբերած կազմակերպություններին՝ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի թիմին և ՀՀ ԱՆ Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի վարչակազմին: Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում ՕքսեՉեն հիմնադրամին՝ աջակցության և արդյունավետ համագործակցության համար:

*Սույն ձեռնարկը պատրաստվել է Եվրոպական միության և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ: Բովանդակության համար պատասխանատու է ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտը, և այն որևէ կերպ չի արտահայտում Եվրոպական միության, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի և ՕքսեՉեն հիմնադրամի տեսակետները:*

ՀՏԴ 614.25:618(07)

ԳՄԴ 51.1+57.1g7

<b>Մոդուլ / Պարապմունք</b> .....	<b>6</b>
<b>Հապավումների ցանկ</b> .....	<b>7</b>
<b>Հիմնական տերմինների սահմանումները</b> .....	<b>8</b>
<b>Ներածություն</b> .....	<b>10</b>
<b>Մոդուլի մշակման նախադրյալները, ընդհանուր նկարագիրը և կառուցվածքը</b> .....	<b>12</b>
<b>ՄՈԴՈՒԼ 1.</b> Պտղի սեռով պայմանավորված (ՊՍՊ) հղիության խտրական ընդհատումները և Նորածինների սեռերի անհամամասնության հիմնախնդիրը միջազգային և ազգային համատեքստում: Ազգաբնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի որոշիչները: .....	<b>15</b>
<b>Պարապմունք N 1. Տեսական</b>	
Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության խտրական ընդհատումների գլոբալ հիմնախնդիրը և դրանց դեմ պայքարի միջազգային փորձը: .....	<b>15</b>
<b>Պարապմունք N 2. Տեսական</b>	
Նորածինների սեռի անհամամասնության հիմնախնդիրը Հայաստանում և վերջինիս ազդեցությունը բնակչության սեռատարիքային կազմի միտումների վրա: .....	<b>21</b>
<b>Պարապմունք N 3. Գործնական</b>	
<b>Թեմատիկ տեսաֆիլմ`</b> Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում .....	<b>25</b>
<b>Պարապմունք N 4. Գործնական</b>	
Ընտանիքի կազմի նախապատվությունները և վերաբերմունքը գենդերային կարծրատիպերի նկատմամբ: .....	<b>25</b>
<b>Պարապմունք N 5. Տեսական</b>	
Ազգաբնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի որոշիչները Հայաստանում` նախապատմություն և հետագա զարգացումներ: .....	<b>27</b>
<b>ՄՈԴՈՒԼ 2.</b> Թեմա` Հղիության արհեստական ընդհատումների, այդ թվում` սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանը վերաբերող ազգային քաղաքականությունը և օրենսդրական կարգավորումները: Պտղի սեռով պայմանավորված ապօրինի աբորտները, ինքնուրույն հրահրված հղիության ընդհատումները և դրանց էթիկական ու գենդերային ասպեկտները:.....	<b>27</b>
<b>Պարապմունք N 6. Տեսական</b>	
Ազգային քաղաքականության և իրականացված ծրագրերի արդյունավետությունը, ներկայիս մարտահրավերները: .....	<b>37</b>
<b>Պարապմունք N 7. Գործնական</b>	
ՊՍՊ հղիության խտրական ընդհատումների հիմնախնդրի շուրջ պատկերացումների պարզաբանում: .....	<b>40</b>
<b>Պարապմունք N 8. Տեսական</b>	
Հղիության արհեստական ընդհատումներին, այն թվում սելեկտիվ աբորտին առնչվող օրենսդրական կարգավորումները և նորմատիվ ակտերը Հայաստանում: .....	<b>41</b>

**Պարապմունք N 9. Տեսական**

Առավել հաճախ տրվող հարցեր պտղի սեռով պայմանավորված ապօրինի արքորսների և կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրված հղիության ընդհատումների վերաբերյալ: ..... 43

**Պարապմունք N 10. Գործնական**

Սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները որպես ընտանիքում և հասարակության մեջ կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դրսևորում: Ինչպե՞ս բարելավել իրավիճակը: ..... 46

**Պարապմունք N 11. Տեսական**

Ինովացիոն լաբորատոր և վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օգնությամբ պտղի սեռի խտրական ընտրությունը՝ բժշկական էթիկայի տեսանկյունից:..... 48

**Պարապմունք N 12. Գործնական**

Ապօրինի և/կամ կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրած հղիության ընդհատման իրական դեպքերի անանուն ներկայացում և քննարկում:..... 50

**ՄՈԴՈՒԼ 3. Թեմա. Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների և դրանց հետևանքների կանխարգելումը՝ բուժաշխատողների խորհրդատվական և հաղորդակցման հմտությունների բարելավման և հանրային իրազեկման համայնքային ծրագրերում նրանց ներգրավման միջոցով:..... 50**

**Պարապմունք N 13. Տեսական**

Նախաարքորտային խորհրդատվություն՝ սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների կանխարգելում և ռիսկերի նվազեցում: ..... 51

**Պարապմունք N 14. Տեսական**

Չետաբորտային խորհրդատվություն՝ անցանկալի հղիությունների կանխարգելումը և հակաբեղմնավորիչ միջոցների տրամադրման սկզբունքները: ..... 53

**Պարապմունք N 15. Տեսական**

Համապարփակ բուժօգնություն, խնամք և ուղղորդում պտղի սեռով պայմանավորված անապահով արքորսների բարդությունների դեպքում: ..... 57

**Պարապմունք N 16. Գործնական**

Նախաարքորտային և հետաբորտային խորհրդատվության հմտությունների բարելավում: ..... 59

**Պարապմունք N 17. Գործնական**

Թեմատիկ տեսաֆիլմերի դիտում և քննարկում:..... 60

**Պարապմունք N 18. Գործնական**

Ներգրավված հայրություն՝ ազդեցությունը պտղի խտրական ընտրության և գենդերային անհավասարության վրա :..... 60

**Պարամուկ N 19. Տեսական**

*Եկեղեցու դիրքորոշումը և դերակատարումը հղիության արհեստական ընդհատումների, այդ թվում սելեկտիվ արորտների կանխարգելման հարցում: ..... 64*

**Պարամուկ N 20. Տեսական**

*Հասարակության և մասնագիտական հանրության ընկալումը և վերաբերմունքը ՊՄՊ հղիության արհեստական ընդհատման երևույթին և մասնակցությունը դրա կանխարգելման գործընթացին:  
Նյութի ամփոփիչ ներկայացում: Եզրահանգումներ ..... 65*

**Հավելվածներ..... 71**

**Օգտագործված գրականության ցանկ և հղումներ..... 95**

### **ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՀՀ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը

«Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2017թ. փետրվարի 23-ի թիվ 180-Ն որոշումը:

«Հղիության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ընթացակարգը, հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտի ձևը, հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտի լրացման կարգը եվ պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի կանխարգելման խորհրդատվական թերթիկը հաստատելու մասին» ՀՀ ԱՆ 2022 թ. դեկտեմբերի 27-ի N 3403-Ա հրամանը:

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

- ՀՀ - Հայաստանի Հանրապետություն
- ԱԱԻ - Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
- ԱԵԿԱ- Արևելյան Եվրոպա և Կենտրոնական Ասիա
- ԱՄՆ - Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
- ԱՆ - Առողջապահության նախարարություն
- ԱՄՅՆ - Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն
- ԱՄԲ - Արտամարմնային բեղմնավորում
- ԲԳԹ - Բժշկական գիտությունների թեկնածու
- ԳԲ - Գենդերային բռնություն
- ԵՄ - Եվրոպական միություն
- ԺԱՀՀ - Ժողովրդագրության և առողջապահության հարցերի հետազոտություն
- ԽՍՀՄ - Խորհրդային Սոցիալիստական Հանրապետությունների Միություն
- ՀԱԸ - Հղիության արհեստական ընդհատում
- ՀԿ - Հասարակական կազմակերպություն
- ՀՍՍՀ - Հայկական Սովետական Սոցիալիստական Հանրապետություն
- ՄԱԿ - Միավորված ազգերի կազմակերպություն
- ՄԱԲՀ - ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ
- ՄԶՄԿ - Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն
- ՆԱՀ - Նորածինների սեռերի համամասնություն
- ՆԱԱ - Նորածինների սեռերի անհամամասնություն
- ՆԱԲՀ - Նորածինների սեռերի բնականոն համամասնություն
- ՆԳԱ - Նախաիմպլանտացիոն գենետիկ ախտորոշում
- ՇՄԶ - Շարունակական մասնագիտական զարգացում
- ՊՍԽԸ - Պտղի սեռի խտրական ընտրություն
- ՍԱ - Սելեկտիվ աբորտ
- ՊՍՊ - Պտղի սեռով պայմանավորված
- ՎՕՏ - Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներ
- ՎԿ - Վիճակագրական կոմիտե
- ՔԿԱԳ մարմին - Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման մարմին (ՉԱԳՍ)



1. **Հղիության ընդհատում** (լատիներեն՝ abortus, հայերեն՝ «վիժում», ռուսերեն՝ «выкидыш»). Պտղի հեռացումն է կնոջ արգանդից, նախքան այն կկարողանա ինքնուրույն կենսագործունեություն ծավալել մոր օրգանիզմից դուրս: Այն կարող է տեղի ունենալ բնական կամ արհեստական ճանապարհով:
2. **Հղիության արհեստական ընդհատում**. Ներարգանդային հղիության կանխամտածված ընդհատում դեղորայքային խթանման, վիրաբուժական միջամտության կամ չճշտված միջոցներով: Ընդունված է արբորտ տերմինի կիրառումը:
3. **Հղիության արհեստական ընդհատում կնոջ դիմումով**. Կնոջ պաշտոնական խնդրանքով ներարգանդային հղիության կանխամտածված ընդհատում՝ առանց պատճառների բացատրության: Այն սովորաբար օրենսդրորեն թույլատրվում է իրականացնել մինչև հղիության 12 շաբաթական ժամկետը:
4. **Բժշկական և/կամ սոցիալական ցուցումով հղիության կանխամտածված ընդհատում**. Կառավարության որոշմամբ սահմանված բժշկական և/կամ սոցիալական հիմքերով ներարգանդային հղիության կանխամտածված ընդհատում: Օրենսդրորեն թույլատրելի է մինչև հղիության 22-րդ շաբաթը:
5. **Ապօրինի արբորտ**<sup>1</sup>. օրենսդրորեն սահմանված կարգի և պահանջների խախտմամբ կատարված հղիության ընդհատումն է, այն թվում հղիության ընդհատումը արտահիվանդանոցային պայմաններում կամ համապատասխան մասնագիտական որակավորում չունեցող անձի կողմից: Ընդունված է կրիմինալ արբորտ տերմինի կիրառումը:
6. **Ինքնուրույն հրահրված արբորտ**. կնոջ կողմից սեփական հղիության ընդհատումն է դեղորայքի կամ այլ միջոցների օգնությամբ:
7. **Սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատում**. պտղի սեռի հատկանիշով պայմանավորված հղիության ընդհատումն է: Այն օրինական կարող է համարվել միայն բժշկական ցուցումներով կատարելու դեպքում՝ մինչև հղիության 22 շաբաթական ժամկետը: Ընդունված է սելեկտիվ արբորտ տերմինի կիրառումը:
8. **Հղիության ինքնաբեր ընդհատում**. Ոչ կենսունակ ներարգանդային հղիության ինքնաբուխ կորուստն է մինչև հղիության 22 շաբաթը: Ընդունված է վիժում տերմինի կիրառումը:

<sup>1</sup> Հայտնի է, որ պտղի սեռը ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով հնարավոր է հավաստի որոշել հղիության 14-15 շաբաթական ժամկետներում, երբ առավել հստակ են երևում պտուղների սեռական օրգանների տարբերությունները: ՀՀ օրենսդրությամբ կնոջ ցանկությամբ հղիության արհեստական ընդհատումը կարող է իրականացվել միայն մինչև 12 շաբաթական ժամկետը, իսկ ավելի ուշ ժամկետներում սելեկտիվ արբորտը կարող է օրինական կատարվել միայն բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներով՝ հանձնաժողովային որոշման հիման վրա, հղիության 22 շաբաթական ժամկետից ոչ ուշ: Հետևաբար, բոլոր մնացած դեպքերում սելեկտիվ արբորտը նույնական է ապօրինի/կրիմինալ արբորտի հետ /**մեկնաբանությունը հեղինակի կողմից**:

9. **Սեռ.** Տերմինը վերաբերում է կենսաբանական սեռին, որը մարդկանց սահմանում է որպես իգական, արական կամ ինտերսեքս (հերմաֆրոդիտ): Դա կախված է նրանց սեռական քրոմոսոմների բնութագրերից, ինչպես նաև արտաքին և/կամ ներքին սեռական օրգանների կենսաբանական (անատոմիական կամ ֆիզիոլոգիական) տարբերություններից:
10. **Գենոթեր.** Տերմինը վերաբերում է անձնական համոգմունքներին և հասարակության ընկալումների կանանց և տղամարդկանց, աղջիկների և տղաների ինքնության և նրանց սոցիալական, մշակութային և վարքային դերերի վերաբերյալ: Այդ համոգմունքներն ու նախապաշարմունքները հանգեցնում են հիերարխիկ ուժային փոխհարաբերությունների, որոնք կարող են փոխվել ժամանակի ընթացքում:
11. **Գենոթերային դերեր.** Հասարակության կողմից կենսաբանական սեռին թելադրվող վարքի որոշակի մոդելներ:
12. **Գենոթերային հավասարություն.** «Գենոթերային հավասարություն» նշանակում է հավասար իրավունքներ, պարտականություններ և հնարավորություններ բոլոր կանանց և տղամարդկանց, տղաների և աղջիկների համար՝ անկախ կենսաբանական սեռից, գենոթերային ինքնությունից և դերերից:
13. **Նախաիմպլանտացիոն գենետիկական թեստավորում.** Նախաիմպլանտացիոն գենետիկական թեստավորումը ժամանակակից պրոցեդուրա է՝ բացահայտելու քրոմոսոմային շեղումների առկայությունը արտամարմնային բեղմնավորման միջոցով ստեղծված սաղմերում: Տեխնիկան օգտագործվում է նաև նախաիմպլանտացիոն սեռի ընտրության համար, թեև այն բազմաթիվ էթիկական հարցեր է առաջացնում:
14. **Սերմնահեղուկի տեսակավորման տեխնիկա.** Սերմնահեղուկի տեսակավորման տեխնիկան նպատակ ունի առանձնացնել X-քրոմոսոմ կրող կամ Y-քրոմոսոմ կրող սպերմատոզոիդների ավելի մեծ հարաբերակցությամբ նմուշ, այդպիսով մեծացնելով նախընտրած սեռի երեխա ունենալու հավանականությունը: Այն օգտագործվում է այլ արհեստական վերարտադրողական տեխնոլոգիաների հետ (օրինակ՝ արհեստական բեղմնավորում կամ արտամարմնային բեղմնավորում)՝ ցանկալի սեռի սերունդ ստանալու համար:

Պտղի սեռի խտրական ընտրության հիմնական դրսևորումներից մեկը՝ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումը, աշխարհի, այդ թվում նաև տարածաշրջանի մի շարք երկրներում հանգեցրել է ժողովրդագրական հավասարակշռության խախտման<sup>2</sup>: Մինչև 2011 թվականը նախաձննդյան փուլում սեռի ընտրության հարցը դուրս էր մնացել քաղաքականություն մշակողների ուշադրությունից, մինչև այն, երբ ՄԱԲՀ ահազանգեց պտղի սեռի խտրական ընտրության մասին<sup>3</sup>: Արևելյան Եվրոպայի ու Կենտրոնական Ասիայի (ԱԵԿԱ) տարածաշրջանում ծնունդների գրանցման ռեգիստրում ներկայացված են այնպիսի վիճակագրական տվյալներ, որոնք փաստում են սեռով պայմանավորված պտղի ընտրությունը՝ ի օգուտ տղաների, այնպիսի երկրներում, ինչպիսիք են՝ Ադրբեջանը (116.8 տղա՝ 100 աղջկա դիմաց), Չայաստանը (114.8), Վրաստանը (113.6) և Ալբանիան (111.7): Այս իրավիճակը 2013 թվականին Եվրոպայի խորհրդի Մարդու իրավունքների գլխավոր հանձնակատարի կողմից գնահատվեց որպես խնդրահարույց երևույթ և նշյալ երկրներին հանձնարարվեց անհապաղ միջոցներ ձեռնարկել իրավիճակի բարելավման համար<sup>4</sup>:

Վերջին տասնամյակներում պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման խնդիրը շարունակական մարտահրավեր է նաև Չայաստանի համար: Մեզանում տղա երեխա ունենալուն ակնհայտ նախապատվություն է տրվում: Վերջինս, գումարվելով հղիության վաղ շրջանում պտղի սեռը պարզելու տեխնոլոգիաների մատչելիությանը, հանգեցրել է նորածինների սեռերի միջև բնական հավասարակշռության կոպիտ խախտման: Իրավիճակը ավելի է բարդացել ծնելիության մակարդակի անկման արդյունքում: Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալների, Չայաստանում ծնելիության գումարային գործակիցը 1990-ականների սկզբի՝ մեկ կնոջ հաշվով միջինում 2,62 երեխայից նվազել է մինչև 1,56-ի՝ 2021 թվականին: Բնականաբար, ծնունդների թվի և պտղաբերության գումարային գործակցի կրճատմանը զուգահեռ նվազում է ընտանիքում երկու սեռի երեխա ունենալու հավանականությունը, ինչն ավելի է խորացնում պտղի խտրական ընտրության և նորածինների սեռերի անհամամասնության հիմնախնդիրը:

Ըստ սեռի նորածինների բնականոն հարաբերակցությունից (ՆՄԲՀ)՝ 104-ից 106 տղա՝ 100 աղջկա հաշվով, շեղումը Չայաստանում ակնհայտ է դարձել 1990-ականներից սկսած: Ըստ ՀՀ Վիճակագրական կոմիտեի (ՎԿ) տվյալների, վաղ 2000-ականներին այն հասել է 120 նորածին տղայի՝ 100 աղջկա հաշվով: Ցուցանիշը համեմատաբար կայունացել է 2010-ականների սկզբին՝ 114 տղա/100 աղջիկ մակարդակում:

2011թ.-ին ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամը արդեն իսկ ահազանգում էր գնալով ահազանացող այս հիմնախնդրի մասին: 2013թ.-ին հաջորդիվ, ՀՀ կառավարությունը և գործընկերները, այդ թվում՝ միջազգային և տեղական կազմակերպությունները, համատեղ իրականացրեցին լայնածավալ և բազմամակարդակ միջոցառումներ, որի շնորհիվ արձանագրվեցին դրական միտումներ սելեկտիվ արբորտների հիմնախնդրի հաղ

<sup>2</sup> Sex Ratio Imbalance at Birth Rate and Current Fertility Patterns, Results and Political Sub-statements, UNFPA Asia-Pacific Regional Office (2012)

<sup>3</sup> Չայաստանի Հանրապետությունում պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության և ծրագրերի մշտադիտարկման գեկույց, Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2017թ.

<sup>4</sup> Պտղի սեռի խտրական ընտրության վերաբերյալ Եվրոխորհրդի խորհրդարանական վեհաժողովի թիվ 1829 բանաձև

թահարման գործընթացում: Այսպես, եթե սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներին նախորդող՝ 2008-2012 թթ. ժամանակահատվածում տարեկան ծնվածների մեջ աղջիկ-տղա հարաբերակցության միջին ցուցանիշը կազմել է 100:115, ապա հաջորդող տարիներին նորածինների սեռերի հարաբերակցությունը (ՆՄՅ) շարունակաբար նվազել է՝ 2021թ.-ին կազմելով՝ 100:108,<sup>5</sup>: Իրավիճակի շարունակական բարելավման այս արդյունքն անխոս վկայում է հաջողության և միջսեկտորալ արդյունավետ համագործակցության մասին:

Այդուհանդերձ, Չայաստանում ՆՄՅ-ը դեռևս շեղված է կենսաբանորեն բնականոն մակարդակից: Ակնհայտ է, որ այդ դաշտում դեռևս անելիքները շատ են, առավել ևս հետպատերազմյան կորուստների ֆոնի վրա, երբ դրանց վերականգնումը հոգեբանորեն ուղղորդված է լինելու տղա երեխաների նախապատվությանը: Ակնհայտ է նաև, որ բնականոն հարաբերակցության ցուցանիշի համեմատ դեռևս առկա է դրական արդյունքի զգալի ռեզերվ և հետևաբար, հետագա ծրագրային միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտություն: Հետագա զարգացումների ապահովման համար հարկ կլինի ներդնել լրացուցիչ ջանքեր և ռեսուրսներ՝ ուղղված թե՛ սելեկտիվ աբորտների հիմնախնդրի նկատմամբ բուժաշխատողների վարքագծի փոփոխությանը և նրանց դերի բարձրացմանը ընտանիքի հետ աշխատանքներում և թե՛ իրականացված օրենսդրական փոփոխությունների ներդրմանը:

Հանրային իրազեկման արդյունքում աղջիկ երեխաների արժևորման ոլորտում գրանցված դրական արդյունքները պահպանման և շարունակական զարգացման կարիք ունեն: Ներկայիս իրավիճակում շատ կարևոր հանգամանք է, որպեսզի հանրությունը ընկալի, որ.

ՆՄՅ ցուցանիշի բարելավումը ուղղված է սեռով պայմանավորված չճնվող աղջիկների թվի ավելացմանը և ոչ երբեք ծնվող տղա երեխաների թվի նվազեցմանը, ինչը հաճախ թյուրընկալում է հասարակության առանձին խմբերի, իսկ երբեմն էլ որոշում կայացնողների մոտ / հեղինակ:

<sup>5</sup> Չայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, 33 44, Երևան, դեկտեմբեր 2022թ. [https://armstat.am/file/article/demog\\_2022\\_3.pdf](https://armstat.am/file/article/demog_2022_3.pdf)

## Նախադրյալները

ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ մշակված, ՀՀ առողջապահության նախարարի և ՀՀ աշխատանքի ու սոցիալական հարցերի նախարարի համատեղ հրամանով հաստատված «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման 2015-2017թթ. ծրագրի շրջանակներում իրականացվել են մի շարք միջոցառումներ՝ ուղղված բուժաշխատողների մասնագիտական գործելակերպի փոփոխությանը: Մասնավորապես.

- ▶ կազմակերպվել են սեմինարներ ծննդաբանության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հաստատություններում հղիներին նախաձեռնության խորհրդատվություն տրամադրող բուժաշխատողների համար՝ սեռի որոշման տեխնոլոգիաների կիրառման էթիկական խնդիրների վերաբերյալ (25 սեմինար, 100 մասնակից).
- ▶ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի հետ համագործակցությամբ մշակվել և հրատարակվել է 300 օրինակ ձեռնարկ՝ ծննդաբանության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հաստատությունների աշխատակիցների, այդ թվում՝ նշված ոլորտի ղեկավարության, երեխայի սեռը որոշելու նպատակով ուլտրաձայնային հետազոտություն կատարող անձնակազմի և գինեկոլոգների համար:
- ▶ Կազմակերպվել են թվով 15 սեմինար հանդիպումներ մարզային շուրջ 170 բժշկ մասնագետների և բուժքույրների հետ՝ վերոնշյալ հարցերի պարզաբանմամբ:
- ▶ 2017թ. նոյեմբերին Երևան քաղաքի առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների 30 մանկաբարձ-գինեկոլոգներ և սոնոգրաֆիստներ անցել են 1-օրյա դասընթաց՝ վերը նշված ձեռնարկի լուսաբանմամբ:

Ակնհայտ է, որ բուժաշխատողների վարքագծային փոփոխությունների և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման համար իրականացված աշխատանքների ծավալը չէր կարող բավարար որակ և ակնկալվող փոփոխություն ապահովել: Ավելին, 2017-ին հաջորդող տարիներին այս ոլորտում բուժաշխատողների կրթական ծրագրերի ընդլայնման և հանրային քարոզչության ուղղությամբ իրականացվող միջոցառումները գնալով նվազել են, ինչը վտանգ է ստեղծում ինչպես առկա ձեռքբերումների պահպանման, այնպես էլ հետագա զարգացումների ապահովման տեսանկյունից (ասվածի ապացույցը 2018թ. ցուցանիշի բացասական միտումն էր՝ 100 աղջկա դիմաց 111 տղա (2017թ.՝ 100:110) և ցուցանիշի էլ ավելի վատացումը 2022 թվականին՝ 100:111,9 (2021թ.՝ 100:108,8)<sup>6</sup>:

<sup>6</sup> «Հայաստանի հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022թ. հունվար-դեկտեմբերին», սոցիալ-ժողովրդագրական հատված, ժողովրդագրական իրավիճակը, [https://armstat.am/file/article/sv\\_12\\_22a\\_510.pdf](https://armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf)

Միևնույն ժամանակ հայտնի է, որ բուժաշխատողները մեծ դերակատարում կարող են ունենալ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելան հարցում՝ արդյունավետ խորհրդատվության տրամադրման միջոցով: Այս տեսանկյունից հատուկ կանրորվում է առողջության առաջնային պահպանման ոլորտի բուժաշխատողների դերը, որոնք գործում են կնոջ հետ շփման առաջնային գծում:

Ըստ փորձագիտական գնահատականների, ծննդօգնության հաստատություններում սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարի մակարդակը, այնուամենայնիվ բավարար չէ և գնահատման կարիք ունի: Խնդրահարույց է հատկապես օրենսդրական կարգավորումներից բխող նորմատիվ ակտերի ներդրման արդյունավետության և բուժանձնակազմի կատարողականի բարելավման հարցը: Գործընթացի առանձին բաղադրիչներ տարբեր ծննդատներում տարբեր կերպ են կազմակերպվում, ինչը պայմանավորված է ընդհանուր ընթացակարգի չիմացությամբ, իսկ երբեմն էլ մոտիվացիոն մեխանիզմների հակասությամբ և շահերի բախմամբ:

Ելնելով վերոհիշյալից, հղիության արհեստական ընդհատումների, այն թվում սելեկտիվ աբորտների, կանխարգելմանն ուղղված իրավական կարգավորումների և մեխանիզմների ներդրման գործընթացի բարելավումը կարող է նպաստել պտղի սեռով պայմանավորված, և ընդհանրապես, հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատմանը: Ընթացակարգի ներդրման կատարողականի և բուժաշխատողների գիտելիքների ու խորհրդատվական հմտությունների բարելավումը, նրանց վարքագծային փոփոխությունները կարող են սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման լրացուցիչ ռեզերվ լինել և նպաստել ծրագրի դրական արդյունքների շարունակականության ապահովմանը:

Այս նպատակին կարող է ծառայել մասնագետների, այդ թվում ծննդօգնության հաստատությունների և առաջնային օղակի բուժաշխատողների վերապատրաստման կրթական թեմատիկ ծրագրերի շարունակական իրականացումը՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված առկա գործելակարգերի ուսուցումը: Այդուհանդերձ, սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման գործում բուժաշխատողներից զատ, մեծ նշանակություն ունեն ինչպես հղիի անմիջական և ընդլայնված ընտանիքը, այնպես էլ հասարակության այնպիսի կարևոր դերակատարներ, ինչպիսիք են քաղաքական որոշում կայացնողները, հոգևորականները, սոցիալական աշխատողները, հանրային ազդեցություն ունեցող մարդիկ և այլն:

ՊՍԽԸ դեմ պայքարի շարունակականության, ձեռք բերված արդյունքների պահպանման և հետագա զարգացումների ապահովման նպատակով ՄԱԲՀ-ի և գործընկեր կազմակերպությունների հետ համագործակցությամբ մշակվել և ՀՀ ԱՍՀՆ ու ՀՀ ԱՆ նախարարների համատեղ հրամանով հաստատվել է «Պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման 2020-2023 թվականների ծրագիրը և ծրագրի իրականացման միջոցառումների ցանկը», որով նախատեսված է «Բուժաշխատողների վերապատրաստման կրթական ծրագրերում համապատասխան մոդուլի մշակում և ներառում, դասընթացների կազմակերպում» միջոցառումը, ինչի իրականացման ակնկալվող արդյունքը՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման կանխարգելման գործում բուժաշխատողների արդյունավետ ներգործության ապահովումն է:

## Մոդուլի ընդհանուր նկարագիրը և կառուցվածքը

«Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության կանխարգելում՝ բուժաշխատողների վերաբերմունքի փոփոխության և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցով» սույն թեմատիկ կրթական մոդուլը նախատեսված է կանանց առողջությամբ զբաղվող մասնագետների՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների, սոնոգրաֆիստների և մանկաբարձուհիների համար: Մոդուլի մշակման և ներդրման, իսկ առաջիկայում նաև հետդիպլոմային կրթական համակարգում վերջինիս ինստիտուցիոնալիզացման նպատակը բուժաշխատողների վերաբերմունքի փոփոխության և խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցով վերջիններիս առավել ակտիվ ներգրավումն է պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության և դրա հետևանքների կանխարգելման գործընթացում, դրանով իսկ նպաստելով սելեկտիվ աբորտների կրճատմանը, և աղջիկ երեխաների արժևորմանը՝ ընտանիքում և հասարակության մեջ:

Ուսումնական մոդուլը ունի երկու բաժին՝ հիմնական մաս և հավելվածներ: Հիմնական մասում անդրադարձ է կատարվում 3 մասնագիտական թեմաների, որոնք ներկայացված են 20 տեսական և գործնական ինտերակտիվ պարապմունքների ձևով: Տեսական նյութի մատուցման համար կիրառվում են մի քանի մեթոդներ՝ պրեզենտացիա (Power Point ձևաչափով), դասախոսություն, նյութի ընթերցում՝ մեկնաբանում: Գործնական պարապմունքներում կիրառվում են տարբեր գործիքակազմեր՝ վարժություններ, առանձին կլինիկական դեպքերի քննարկում, ֆիլմի ցուցադրություն, դեռային խաղակատարում ինտերակտիվ քննարկում/մտազրոհ և այլն:

Ձեռնարկը պարունակում է հավելվածների շարք, որում ներկայացված են մարդու վերարտադրողական առողջության և իրավունքների հետ առնչվող օրենքների համապատասխան հոդվածները և առանձին ենթաօրենսդրական փաստաթղթեր:

Մոդուլի վերջում ներկայացված է վերջինիս մշակման համար օգտագործված գրականության ցանկը:

**ՄՈԴՈՒԼ 1. Թեմա՝ Պտղի սեռով պայմանավորված (ՊՍՊ) հղիության խտրական ընդհատումները և նորածինների սեռերի անհամամասնության հիմնախնդիրը միջազգային և ազգային համատեքստում: Ազգաբնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի որոշիչները:**

Պարապմունք N 1. Տեսական

▶ Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության խտրական ընդհատումների գլոբալ հիմնախնդիրը և դրանց դեմ պայքարի միջազգային փորձը:

Երեխայի սեռի ընտրությունը հազարամյակների պատմությունն ունի: Հին հույները հավատում էին, թե ձախ ամորձին կապելու դեպքում տղամարդը տղա կունենա, քանի որ ապագա երեխայի արական սեռը պայմանավորող սերմը աջ ամորձին է ապահովում: Հրեական ավանդույթը ասում է, թե «Եթե կինն իր սերմն արձակում է տղամարդուց առաջ, ապա տղա կծնվի, եթե հակառակը՝ աղջիկ»<sup>7</sup>: Առաջարկվել են նաև սեռական հարաբերության ընթացքում դիրքին ու ժամանակին կամ հատուկ սննդակարգին վերաբերվող տարատեսակ այլ մեթոդներ<sup>8</sup>:

Ոմանք հավատում էին, որ սերմի ոչ խորը թափանցմամբ սեռական հարաբերության արդյունքում ավելի մեծ հավանականությամբ աղջիկ կծնվի: Այլոք հավատացած էին, թե կալիումական և նատրիումական տարրերի հարուստ պարունակությամբ սնունդը մեծացնում է տղա ունենալու հավանականությունը: Գալով դարերի խորքից, այս խնդիրը առավել արդիական է ներկա ժամանակներում:

Պտղի սեռի խտրական ընտրության (ՊՍԽԸ) հիմնական դրսևորումներից մեկը՝ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումը, մի շարք երկրներում հանգեցրել է ժողովրդագրական հավասարակշռության խախտման: Վերջին տասնամյակներում այն լուրջ մարտահրավեր է հատկապես Հնդկաստանի, Չինաստանի, Վիետնամի, Կորեայի, Բալկանյան և Հարավային Կովկասի երկրների համար<sup>9</sup>: Հայաստանում ևս 90-ական թվականներին հաջորդած տարիներին նորածինների սեռերի հարաբերակցության անհամամասնությունն աստիճանականորեն աճել է:

▶ Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների դեմ պայքարի միջազգային փորձը.

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների և նորածինների սեռերի անհամամասնության խնդիրն առաջին հերթին կարևորվում է իր հետևանքներով. արևմտյան մասնագետների գնահատականներով աշխարհում շուրջ 100 միլիոն «կորսված կանանցից» շուրջ 41 միլիոնը բաժին է ընկնում Չինաստանին, 40 միլիոնը՝ Հնդկաստանին:

<sup>7</sup> **Shushan A, Schenker J.** Prenatal sex determination and selection. *Hum Reprod* 1993;8:1545–9:

<sup>8</sup> **Carson SA.** Sex selection: the ultimate in family planning. *Fertil Steril* 1988;50:16–19:

<sup>9</sup> Preventing gender-biased sex selection, An interagency statement, OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO, Geneva, Switzerland, 2011



**Չինաստան.** Մինչև «մեկ երեխայի» քաղաքականության սկիզբը նորածինների սեռերի համամասնությունը երկրում գրեթե բնականոն է եղել: 1980-թվականին հաջորդիվ արձանագրվել է իրավիճակի ահագնացող վատացում: 2000թ. կատարված հետազոտության տվյալներով կանանց 36% փաստել է, որ ունեցել է սելեկտիվ աբորտ: Ընդ որում, իգական պտղով հղիությունների շուրջ 25% է արհեստականորեն ընդհատվել, մինչդեռ արական պտղի դեպքում ընդհատվել է հղիությունների շուրջ 2%: Ըստ նույն աղբյուրի, համեմատաբար զարգացած 3 նահանգներում ՆՍԱ ցուցանիշը կազմել է 100 աղջկա դիմաց 135-150 տղա: Չինաստանը, թերևս, բախվում է այս երևույթով պայմանավորված անհամեմատ ավելի ծանր հետևանքների, քան աշխարհի որևէ այլ երկիր: Ներկայում, Չինաստանում հրապարակայնորեն խոսում են 30-40 միլիոն չճնված աղջիկների մասին:

Պետությունն այս խնդրին անդրադարձել է սկսած 2000-ականների կեսից: Հիմնական ջանքերն ուղղված են եղել սելեկտիվ աբորտների և ուլտրաձայնային հետազոտությամբ պտղի սեռն ասելու արգելքի իրավական կարգավորումներին: Շատ ավելի քիչ անդրադարձ է եղել հանրային իրազեկման աշխատանքներին: Դրանք միտված են եղել փոխելու մարդկանց՝ տղա երեխայի նախապատվությունը սնուցող ընկալումներն ու պատկերացումները: Միայն աղջիկ ունեցող ընտանիքներին գործնական աջակցություն է տրամադրվել:

2002թ. Չինաստանի կառավարությունը հանդես է եկել «Ընտանիքի պլանավորման մասին» նոր օրենքով, համաձայն որի արգելվում էր հայտնել պտղի սեռը հղիության ընթացքում, սելեկտիվ աբորտ կատարած բժիշկը տուգանվում էր, իսկ ծնողները զրկվում էին հետագայում երեխա ունենալու իրավունքից<sup>10,11</sup>: 2006թ. օրենքի խախտման արդյունքում կառավարության կողմից փակվեցին մի շարք բժշկական հաստատություններ<sup>12</sup>

Չինաստանի փորձը վկայում է, որ աբորտները սահմանափակելու, երեխայի սեռի նախաձննդյան հետազոտությունը սահմանափակելուն՝ երեխայի սեռի խտրական ընտրության դրսևորումների դեմ պայքարելուն ավելի արդյունավետ այլընտրանք է երևույթի խորքային պատճառների դեմ պայքարը, այդ թվում՝ կանանց կարգավիճակի աստիճանական բարձրացումն ու հասարակության մեջ նրանց դերի բարձրացումը, ինչը կարող է հանգեցնել տղա երեխային հավասար՝ աղջիկ երեխայի արժևորմանը: Գերազանցապես իրավական սահմանափակումների վրա հենված պետական քաղաքականության արդյունքում, ՆՍԱ երևույթի հետևանքների ծավալներն այնքան են ահագնացել, որ զանգվածային լրատվության միջոցներում 2015 թվականին սկսվեց քննարկվել բազմամուսնության հնարավորությունը՝ որպես ամուսնական տարիքի կանանց սակավության խնդրի լուծում: Խնդիրը փոքր ինչ մեղմվեց «մեկ երեխայի» քաղաքականության վերացումից հետո, սակայն իրավիճակի էական բարելավման մասին վկայող փաստեր դեռևս չկան:

**Հնդկաստան.** 2001թ. մարդահամարի տվյալներով Հնդկաստանի բնակչության կազմում յուրաքանչյուր 100 տղամարդու հաշվով ընդամենը 93 կին է եղել, ինչը վկա-

<sup>10</sup> **Hemminki E., Zhuochun W., Guiying C. and Kirsi V.** (2005), "Illegal Births and Legal Abortions The Case of China." *Reproductive Health* 2(5). doi: 10.1186/1742475525.

<sup>11</sup> **Ebenstein A. Y. and Sharygin E. J.,** *The Consequences of the "Missing Girls" of China*, THE WORLD BANK ECONOMIC REVIEW, VOL. 23, NO. 3, pp. 399-425 doi:10.1093/wber/ lhp012, Advance Access Publication November 5, 2009

<sup>12</sup> **Joseph K.,** "China: crackdown on abortion of girls," *New York Times*, June 1, 2006 Retrieved from [www.nytimes.com/2006/06/01/world/asia/01briefsbrief003.ready.html?\\_r=5](http://www.nytimes.com/2006/06/01/world/asia/01briefsbrief003.ready.html?_r=5).

յում է սելեկտիվ աբորտների խնդրի առկայության մասին՝ ազգային մակարդակով<sup>13</sup>: Ըստ հանրային կարծիքի, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները օգնում են ընտանիքներին դիմակայել մի շարք մարտահրավերների, ինչպես օրինակ «օժիտի» երևույթն ու դրա հետևանքներն ընտանիքների համար: Սելեկտիվ աբորտների կողմնակիցները համարում են նաև, որ այն օգնում է սահմանափակել բնակչության թվաքանակը երկրում:

Հնդկաստանում խնդիրը փորձել են մեղմել «արգելքների» օրենսդրությամբ Միաժամանակ ընդունվել են ժառանգության հարաբերությունները կարգավորող օրենքներ, որում ամրագրվել են աղջիկների և տղաների իրավունքների հավասարության նորմեր: ՆԱԱ հաղթահարմանն ուղղված միջոցառումները ուղղված են եղել նաև հասարակության մեջ աղջիկ երեխայի արժեւորմանը և դրամական խթաններին:

1994 թվականին Հնդկաստանի իշխանություններն ընդունեցին Նախաբեղմնավորման և նախաձննդյան ակտորոշման միջոցների վերաբերյալ օրենք, որի նպատակը պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության և աբորտների կանխումն էր<sup>14</sup>: Հնդկաստանի փորձի արդյունավետության վերաբերյալ կարծիքները հակասական են: Ըստ որոշ գնահատականների, օրենքի շնորհիվ 0-ից 6 տարեկան 106,000 աղջկա կյանք է պահպանվել այն գյուղական համայնքներում, որտեղ այն կիրարկվել է: Սա հակասում է այն տարածված ընկալմանը, թե օրենքն, ըստ էության, նպատակին չի ծառայել, քանի որ ողջ երկրի պարագայում երեխաների սեռերի հարաբերակցությունը շարունակել է վատթարանալ անգամ օրենքի ընդունումից հետո, միևնույն ժամանակ կա կարծիք, թե օրենքի բացակայության պայմաններում իրավիճակն էլ ավելի անմխիթար կլիներ:

Օրենսդրության կիրարկման արդյունավետության վերաբերյալ կան նաև հոռետեսական գնահատականներ՝ ցավալի հետևանքների մասին հղումներով: Օրինակ, փաստվում է, որ նահանգային ծննդատներից մեկին հարակից տարածքում հայտնաբերվել են 100-ից ավելի իգական պտուղների քայքայված մնացորդներ:

Հնդկաստանի փորձը ակնհայտորեն փաստում է. օրենքները, որոնց ընդունման համար պահանջվում են երկար քարոզարշավներ, տարիների, երբեմն՝ տասնամյակների պայքար, միայնակ չեն աշխատում: Հաճախ, նման օրենքների համար պայքարն ավարտվում է իրավիճակի ու շարունակվող հիմնախնդիրների համար պատասխանատուների ու «մեղավորների» փնտրտուքով:

**Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ.** Մի շարք որակական հետազոտություններ վկայում են ԱՄՆ-ում երեխայի սեռի խտրական ընտրության երևույթի առկայության մասին: ԱՄՆ-ում սեռի խտրական ընտրության երևույթը սահմանափակվում է բնակչության առանձին՝ ոչ նշանակալի շրջանակներում, ընդ որում՝ ընտրությունը ներառում է թե՛ տղա, թե՛ աղջիկ երեխաներին: Հետազոտությունները վկայում են, որ սելեկտիվ աբորտները առավել տարածված են ասիական ծագմամբ բնակչություն ունեցող նահանգներում, որտեղ նախապատվությունը տրվում է տղա երեխաներին: 2008թ. հրապարակվեցին պտղի սեռի խտրական ընտրության վերաբերյալ մի շարք հետազոտությունների արդյունքներ, հաջորդիվ՝ մի քանի նահանգներում սեռով պայմանավորված աբորտներն արգելվեցին, երկու տասնյակից ավելի նահանգներում և ԱՄՆ Կոնգրեսում

<sup>13</sup> **Sharma BR, Gupta N, Relhan N.** Misuse of prenatal diagnostic technology for sex-selected abortions and its consequences in India The Royal Institute of Public Health. 2007. 0033-3506. doi:10.1016/j.puhe.2007.03.004:

<sup>14</sup> **Rajan VJG.** Will India's ban on prenatal sex determination slow abortion of girls? <http://www.hinduismtoday.com/1996/4#gen241>

քննարկվեցին սեռով և/կամ ռասայով պայմանավորված արբորտներն արգելող նահանգային և դաշնային մի շարք նման օրինագծեր: Այսպես, 2009-2013թթ. ընթացքում դաշնային և նահանգային մակարդակներում առաջադրվել է ավելի քան 60 օրինագիծ՝ ուղղված սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատում կատարած բժիշկների կրիմինալիզացմանը:

Նահանգային օրենքներով արբորտ կատարող բժիշկները ենթակա են պատասխանատվության տարբեր չափերի՝ ազատագրկումից, տուգանքներից մինչև՝ մասնագիտական գործունեությամբ զբաղվելու սահմանափակումներ և վնասի փոխհատուցման հայց հղի կնոջ ու նրա ընտանիքի կողմից: Մի շարք նահանգներում, բժիշկներն ու կրտսեր բուժանձնակազմը պարտավոր են հաղորդել իշխանություններին անգամ սոսկ կասկածն այն մասին, թե հղի կինը արբորտի է դիմում պտղի սեռով պայմանավորված հանգամանքով: Մի շարք օրինագծեր պատասխանատվություն են սահմանում անգամ այն անձանց համար, ովքեր պարզապես աջակցել են սեռով պայմանավորված արբորտի հնարավորությունն փնտրած հղի կնոջը:

Մինչ այժմ նահանգների օրենսդիրները ընդունել են ութ նման օրենք<sup>15</sup>: Մի շարք նահանգներ ընդունել են շուրջճնդյան խնամքի ծառայություններ մատուցող հաստատություններում պարտադիր խորհրդատվության պահանջ սահմանող նորմեր՝ արբորտի դիմող կանանց համար: Այդ թվում՝ 4 նահանգում արգելված է պտղի ռասայով պայմանավորված արբորտը, 6 նահանգ արգելում է արբորտը այն դեպքում, երբ պտուղը գենետիկական շեղումներ ունի, երեք նահանգ կնոջից պահանջում են նախքան արբորտը շուրջճնդյան հոսպիտալին ծառայություններ խորհրդատվության դիմել, այն դեպքում, երբ արբորտի պատճառ կարող է լինել պտղի ոչ կենսունակ վիճակը: Կանգաս նախանգում պահանջվում է նման խորհրդատվության դիմել ցանկացած արբորտից առաջ<sup>16</sup> :

Սեռով պայմանավորված արբորտն արգելող օրենքներ ընդունած նահանգներն ԱՄՆ-ում ունեն ամենամեծ և ամենաարագ տեմպով աճող ասիական բնակչությունը: Յետագոտողները պնդում են, որ թեև նահանգներում ասիացիների ընտանիքներում նորածինների սեռերի համամասնությունը թեթևակի շեղված է եղել՝ նախապատվություն տալով տղաներին, սակայն օրենսդրության ընդունումը երևույթի վերացման առումով ազդեցություն չի գործել ընդհանրապես: Այս փաստերի վրա հղվելով, վերլուծաբանները պնդում են, որ սեռով պայմանավորված արբորտների արգելումը խտրական ընտրության պրակտիկայի վրա էականորեն չի ազդել: Նման ազդեցության բացակայության պատճառների թվում հետազոտողները նշում են այն հանգամանքը, որ թեև օրենսդրորեն սահմանափակվում է սեռի ընտրությունը բացառապես արբորտի միջոցով, մինչդեռ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների (ՎՕՏ) կիրառմամբ երեխայի սեռի նախահիմնական տեսակարարությունն (սերմնաբջիջների տեսակավորում, բեղմնավորված ձվաբջիջների գենետիկ հետազոտություն և այլն) արգելող դրույթներ օրենքները չեն սահմանում: Արդյունքում, նման տեխնոլոգիաների կիրառումը հասանելի է դարձնում երեխայի սեռի ընտրությունը նահանգներում: Մասնագետները եզրահանգում են, որ Օրենսդրական սահմանափակումները ԱՄՆ պարագայում խոչընդոտում են վերարտադրողական առողջությունը և վերարտադրողական իրավունքները և խորացնում ռասայի

<sup>15</sup> **Guttmacher Institute**, 01.03.2023: *Abortion Bans in Cases of Sex or Race Selection or Genetic Anomaly* <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/abortion-bans-cases-sex-or-race-selection-or-genetic-anomaly>

<sup>16</sup> **S. Mohapatra**, "Global Legal Responses to Prenatal Gender Identification and Sex Selection," *Nevada Law Journal* 13, no. 3 (2013): 690-721:

սայական անհավասարությունը:

Նման օրենքները սահմանափակում են արբորտների մատչելիությունը, չեն արգելում սեռի ընտրության այլ մեթոդները, խորացնում են գենդերային անհավասարությունը՝ կրճատելով սեփական վերարտադրողական առողջության հարցերի վերաբերյալ որոշում կայացնելու կանանց հիմնարար և օրինական իրավունքները՝ թիրախավորելով ասիական ծագումով կանանց<sup>17</sup>: Հետազոտողները նաև պնդում են, որ սեռով պայմանավորված արբորտների արգելքը բեռ է բուժօժանայություն մատուցողների համար. նրանք ստիպված են ոչ միայն արբորտի դիմող յուրաքանչյուր կնոջ հարցուփորձ անել դիմելու դրդապատճառների վերաբերյալ, այլև կանխակալ մոտեցում ունենալ ասիական ծագումով կանանց և նրանց համայնքների հանդեպ:

Ըստ վերլուծաբանների եզրահանգումների, սեռով պայմանավորված արբորտների արգելքն ԱՄՆ-ում անարդյունավետ է. սահմանափակումները չեն կանխում սեռով պայմանավորված արբորտները: Ընդհակառակը, դրանք հասարակության ուշադրությունը շեղում են իրական խնդրո առարկայից՝ հասարակության մեջ առկա այն վերաբերմունքից, որն աղջկան նվազ է արժևորում տղայի համեմատ և այդ վերաբերմունքը սնուցող մշակութային ճնշումներից, որոնց արդյունքում զույգերն ու ընտանիքները սելեկտիվ արբորտի են դիմում<sup>18</sup>:

Արգելքների խախտման համար սահմանված պատասխանատվությունը բուժօժանայողներին կարող է մղել հրաժարվել առանձին դեպքերում ծառայություն մատուցելուց՝ պատասխանատվության ենթարկվելու վտանգից խուսափելու նպատակով: Դրա հետևանքով որոշ կանայք կարող են դիմել անսպառնալի, վտանգավոր և անօրինական արբորտի:

**Իսրայել.** Թեպետ պտղի սեռի խտրական ընտրության առավել տարածված պատճառը տղա երեխայի նախապատվությունն է, այնուամենայնիվ մի շարք երկրներում որոշ ընտանիքներ նախընտրում են աղջիկ ունենալ: Ընդհանուր առմամբ, Իսրայելում, ամուսինները հիմնականում դիմում են սեռով պայմանավորված արբորտի՝ ընտանիքի հավասարակշռման նպատակով<sup>19</sup>: Այս խնդիրն իր մասնակի լուծումն է գտել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման միջոցով: Իսրայելը մեկ շնչի հաշվով արտամարմնային (էքստրակորպորալ) բեղմնավորման (ԱՄԲ) ամենաբարձր ցուցանիշն ունի աշխարհում<sup>20</sup>:

2005 թվականից ի վեր նախաձեռնողյան գենետիկ ախտորոշումը (ՆԳԱ) կարգավորվում է Առողջապահության նախարարության կողմից սահմանված Նորմերով (համապատասխան օրենք չկա), որոնցով, ընդհանուր առմամբ արգելվում են սեռով պայմանավորված արբորտները, բացառությամբ բժշկական ցուցումով կատարվող, ինչպես նաև դիմումի հիման վրա՝ ընտանիքի հավասարակշռման նպատակով կամ զգայական (Էմոցիոնալ) և/կամ կրոնական պատճառներով արբորտների<sup>21</sup>:

<sup>17</sup> Jennifer Chou and Shivana Jorawar, *Silently Under Attack: AAPI Women and Sex-Selective Abortion Bans*, 22 *Asian Am. L.J.* (2015). <http://scholarship.law.berkeley.edu/aalj/vol22/iss1/4>

<sup>18</sup> Bela Ganatra, *Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia*, 16: 31 *Supp. Reprod. Health Matters* 90, 96 (2008): Madhu Kishwar, *Abortion of Female Fetuses: Is Legislation the Answer?* 1:2 *Reprod. Health Matters* 113, 114 (1993):

<sup>19</sup> Yael Hashiloni-Dolev, *Attitudes Toward Sex Selection: A Survey Among Potential Users in Israel*, 30 *PRENAT. DIAG.* 1019, 1019 (2010) : *Parents Queue to Select Baby Gender*, *B.B.C. NEWS*, Oct. 29, 2008, [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/7696698.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/7696698.stm)

<sup>20</sup> Simonstein F, Mashlach-Eizenberg M, Revel A, Younis JS: *Assisted reproduction policies in Israel: a retrospective analysis of ivf-embryo transfer*. *Fertil Steril* 2014, 102(5):1301-1306:

<sup>21</sup> *Sex Selection, World in Vitro Fertilization Units*, <http://www.ivfworldwide.com/Education/sex-selection.html>:

Բժշկական ցուցումով կատարվող սեռով պայմանավորված աբորտները ներառված են պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական ծառայությունների հիմնական փաթեթի մեջ: Բժշկական ցուցումով և/կամ սեռով պայմանավորված աբորտ կատարելու կամ ՎՕՏ միջոցով երեխայի սեռի ընտրության գրավոր թույլտվություն տալու իրավասություն ունի միայն Առողջապահության նախարարությանը կից գործող 7 անձից բաղկացած հանձնաժողովը, որի կազմում ընդգրկված է հոգեբան, մանկաբարձ-գինեկոլոգ, բժշկական գենետիկայի և բժշկական էթիկայի մասնագետներ, սոցիալական աշխատող, իրավաբան և հոգևորական: Ամուսինները կամ միայնակ հղիները կարող են դիմել հանձնաժողովին սեռով պայմանավորված աբորտ կատարելու թույլտվություն ստանալու համար, այն դեպքում եթե հիմնավորում են, որ աբորտ չկատարելը իրենց ընտանիքի անդամների հոգեկան առողջությանը զգալի վնաս կարող է պատճառել<sup>22</sup>:

Դիմողները պիտի ամուսնացած լինեն, ունենան նույն սեռի չորս համատեղ երեխա և չունենան հակառակ սեռի երեխա: Դիմողներին նախաձեռնության գենետիկական հետազոտության վերաբերյալ խորհրդատվություն տրամադրելը և հետազոտության համար նրանց գրավոր համաձայնությունը ստանալը պարտադիր է: ՎՕՏ-ի համար դիմողները պետք է իմանան, որ քանի դեռ պահպանվում են սեռով պայմանավորված ընտրությունները չանցած սաղմերը, լրացուցիչ ԱՄԲ ցիկլ չի իրականացվելու, մինչև զույգը չօգտագործի մնացած բոլոր սաղմերը: Ի հավելումն, քննվում են առանձին և անհատական կրոնական մի շարք պատճառաբանություններ, ինչպես օրինակ, այն դեպքերում, երբ հրեա հոգևորականների ընտանիքները, որոնք սպերմայի դոնորի կարիք ունեն, հրաժարվում են տղա ունենալ, քանի որ միայն ընտանիքի գենետիկական գիծը ժառանգող արու զավակն իրավունք ունի կրոնական ծեսի ընթացքում օրինել հավատացյալներին, ուստի այս ընտանիքները նախընտրում են դուստր ունենալ<sup>23</sup>:

Հանձնաժողովի գործունեության առաջին յոթ տարիների ընթացքում ներկայացված բոլոր 411 դիմումների ուսումնասիրությունը վկայում է, որ զույգերի մեծամասնությունը դիմել և ստացել է թույլտվություն՝ բավարարելով առաջնային պայմանը՝ ունենալ նույն սեռի չորս համատեղ երեխա: Դիմողների մեծամասնությունը ցանկացել է տղա երեխա: Դիմումների 78.4%-ի դեպքում հղիության համար ԱՄԲ կամ անպտղության բուժման որևէ այլ միջամտության կարիք չի եղել<sup>24</sup> :

Նույն սեռի չորս և ավելի երեխա ունեցող ընտանիքներում երեխաների սեռերի հավասարկշռման մոտեցումը, ընթացակարգերի հետ կապված ռիսկերի իրազեկությունը, ինչպես նաև սեռով պայմանավորված՝ հնարավոր օգտագործումից զրկված սաղմերի քանակի սահմանափակումը և այլ գործոններ ներառվել են իրավական կարգավորումների մեջ հանրության բազմաթիվ մտահոգություններ և խնդիրներ հաշվի առնելով: Նման մոտեցումը սահմանափակում է առանց բժշկական ցուցման ՆԳԱ հետազոտությունների քանակը, միաժամանակ հնարավորություն թողնելով սահմանված չափորոշիչներին բավարարող առանձին ընտանիքներին հասնել իրենց երազանքին:

Անպտղության պարագայում ցուցված ԱՄԲ ընթացքում կիրառվող նախաիմպլանտացիոն գենետիկ հետազոտություններն ավելի ու ավելի սովորական ու տարածված են դառնում, ինչը հայտնի է դարձնում սաղմի սեռը երեխայի ձևավորման առաջին օրե-

<sup>22</sup> Simonstein F, Mashiach-Eizenberg M, Revel A, Younis JS: Assisted reproduction policies in Israel: a retrospective analysis of -embryo transfer. *Fertil Steril* 2014, 102(5):1301-1306:

<sup>23</sup> Grazi RV, Wolowelsky JB: Addressing the idiosyncratic needs of Orthodox Jewish couples requesting sex selection by preimplantation genetic diagnosis. *J Assist Reprod Genet* 2006, 23:421-425:

<sup>24</sup> Pessach N, Glasser S, Soskolne V, Barash A, Lerner-Geva L: The Israeli National Committee for sex selection by pre-implantation genetic diagnosis: a novel approach (2005-2011). *Isr J Health Policy Res* 2014, 3:33:

րից և գնալով հեշտացնում է առանց բժշկական ցուցման սեռի ընտրությունը: Հետազոտողները պնդում են, որ այս նոր երևույթի հետևանքները լուրջ հետազոտության կարիք ունեն: Ավելին, հղիության վաղ շրջանում պտղի սեռը մեծ ճշտությամբ որոշելու հնարավորությունն ընձեռող նախաձեռնության ոչ ինվազիվ հետազոտության հետագա զարգացմանը և տարածմանը զուգահեռ ավելի է կարևորվում տարբեր երկրներում նորածինների սեռերի համամասնության վրա դրա ազդեցության գնահատումը և մոնիտորինգը:

## Պարապմունք N 2. Տեսական

▶ **Նորածինների սեռի անհամամասնության հիմնախնդիրը Հայաստանում և վերջինի ազդեցությունը բնակչության սեռատարիքային կազմի միտումների վրա:**

Ըստ սեռի նորածինների համամասնության վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների ռեպրոսպեկտիվ/հետընթաց վերլուծությունը փաստում է, որ Հայաստանում սելեկտիվ աբորտներով պայմանավորված նորածինների սեռերի անհամամասնության խնդիրը սկսվել է դեռևս 90-ականների սկզբից և խորացել ներարգանդային ախտորոշման բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացմանը, ինչպես նաև ծնելիության ցուցանիշի անկմանը զուգահեռ սույն հիմնախնդրի պատճառագիտության մեջ անխոս կային նաև այլ գործոններ՝ հայ հասարակության նահապետական կառուցվածքը, ավանդույթները, հայրական գծի գերակայությունը, տղամարդկանց գերակա դերը, հասարակության մեջ կանանց և տղամարդկանց ոչ հավասար կարգավիճակն ու հնարավորությունները տղա երեխայի նախապատվության նախադրալներ են: Ազգային արժեհամակարգում կարևորվում է տղա երեխաների դերակատարումը, որպես «Ազգը շարունակողի», «Տան ծուխը ծխացնողի» և այլն:

Նախաձեռնության շրջանում կիրառվող գերձայնային հետազոտության մատչելիությունն ու հասանելիությունը, զույգին հնարավորություն են ընձեռում վաղորոք իմանալ ապագա երեխայի սեռը և խուսափել «անցանկալի» աղջիկ երեխայից: Ըստ 2011թ. իրականացված հետազոտության տվյալների հարցմանը մասնակցած կանանց շրջանում (368 կին) սեռով պայմանավորված աբորտների հաճախականությունը կազմել է 4.6%<sup>25</sup>: Ըստ Էուրոպյան Հայաստանում ընտանիքների մի մասն աբորտի միջոցով կանխում է աղջիկ երեխայի ծնունդը՝ նախընտրելով տղա ունենալ: Այս երևույթին հակազդելու տեսանկյունից խիստ կարևորվում է բժշկական անձնակազմի դերը և նրանց վարքագծի մոտիվացիայի հանգամանքը, ինչպես նաև սելեկտիվ աբորտների կանխարգելանն ուղղված խորհրդատվական հմտությունների բարելավումը: Ոչ պակաս կարևոր է համակարգային կարգավորումների և գործող իրավական ընթացակարգերի ներդրման մոնիտորինգի իրականացումը:

▶ **Սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների տարածվածությունը և պատճառները.**

Վերջին տարիներին արված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ Հայաստանում առկա է հղիության սեռով պայմանավորված արհեստական ընդհատման երևույթ: Սելեկտիվ աբորտների (ՍԱ) տարածվածության և պատճառների ուսումնասիրության նպատակով նորածինների սեռերի անհամամասնության հարցերը ներառվել են

<sup>25</sup> Սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների տարածվածությունն ու պատճառները Հայաստանում, Ազգային հետազոտության գեկույց, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամ, 2011թ. Երևան, <http://unfpa.am/publications-sex-selective-abortions>

Հայաստանում իրականացված մի շարք հետազոտություններում (2010թ, 2011թ, 2013թ. 2015-2016թթ. 2018թ և այլն): Հարցերը ուղղված են եղել հղիության արհեստական ընդհատման, այդ թվում սելեկտիվ արբորտների նպատակով բուժհաստատություններ դիմած կանանց շրջանում հղիության արհեստական ընդհատման պատճառների, այդ թվում սեռով պայմանավորված արբորտի դիմելու որոշման կայացման, մանկաբարձական անամնեզի առանձնահատկություններին, ընտանիքում տղա/աղջիկ երեխաների առկայության, վերարտադրողական վարքագծի ուսումնասիրման հանգամանքներին:

Ըստ ժողովրդագրական առողջապահական հարցերի հետազոտության տվյալների<sup>26</sup>, Հայաստանում ծննդաբերությունների առավելագույն թվաքանակն արձանագրվում է 20-24, իսկ արբորտները՝ 35 և ավելի տարիքային խմբերում: Հայաստանում կանայք սովորաբար դիմում են արբորտի 1 կամ 2 երեխա ունենալուց հետո: Արբորտի դիմած կանանց պարագայում առաջին ծննդաբերության ժամանակ երեխաների տղա/աղջիկ հարաբերակցությունը մոտ է բնականին՝ 1.04 (51% և 49%), իսկ վերջին ծննդաբերությունից ծնված երեխաների շրջանում փոքր ինչ գերակշռում են տղաները՝ 51.7% և 48.3 %, սակայն սեռերի հարաբերակցությունը կրկին մոտ է բնականին՝ 1.07:

Ըստ 2015 թ. իրականացված նույն հետազոտություն արդյունքների, արբորտների շուրջ 2/3-ը (65%) պայմանավորված է եղել այն փաստով, որ կինն այլևս չի ցանկացել երեխաներ ունենալ: Արբորտների 15%-ը պայմանավորված է եղել կա՛մ մոր առողջության հետ կապված մտահոգություններով (7%) կա՛մ պտղի՝ արատներ ունենալու վտանգով (8%): Արբորտների 7,7%-ի դեպքում որպես պատճառ է նշվել սեռի ընտրությունը, ԶԺԱՅ, 2010թ. տվյալներով այս ցուցանիշը եղել է 9%:

⇒ **Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը (ՆՍԱ) Հայաստանում.**

Հայաստանում նորածինների սեռերի հարաբերակցությունը համարվում է աշխարհում արական սեռի նորածինների գերակշռության ամենաբարձր մակարդակներից մեկը: Երկրում առկա են սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման բոլոր 3 նախապայմանները<sup>27 28</sup>

- ⇒ **Նախապայման 1.** հայաստանյան հասարակությունը տղա երեխաներին գերադասում է աղջիկներից,
- ⇒ **Նախապայման 2.** երկրում առկա և հասանելի են ինվազիվ և ոչ ինվազիվ տեխնոլոգիաներ, որոնք ապագա ծնողներին թույլ են տալիս նախապես իմանալ երեխայի սեռը և խուսափել անցանկալի աղջիկ երեխաների ծնունդից,
- ⇒ **Նախապայման 3.** արձանագրվում է ծնելիության շարունակական անկում, զույգերը նախընտրում են քիչ երեխաներ ունենալ:

Ըստ Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրական կոմիտեի (ՀՀ ՎԿ) տվյալների, նորածինների սեռերի բնականոն համամասնության ցուցանիշը սկսել է շեղվել. 1990թ. -ից ի վեր, վաղ 2000-ականներին կազմելով 120 նորածին տղա՝ 100 աղջկա հաշվով: Ցուցանիշը կայունացել է 2010-ականների սկզբին՝ 100:114 աղջիկ/տղա մակարդակով:

<sup>26</sup> Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջության հարցերի ազգային հետազոտություն, 2010թ., 2015- 2016թթ. Երևան

<sup>27</sup> Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում, Տեղեկատվական գրքույկ, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, ՀՀ ԱՆ, 2013թ. Երևան

<sup>28</sup> Քրիստոֆ Գիլմոտո «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. ժողովրդագրական տվյալներ և վերլուծություն» հետազոտություն, Երևան, 2013թ <http://unfpa.am/publications-sex-imbalance-at-birth-2013>

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արիեստական ընդհատումների դեմ պայքարի ծրագրին նախորդող 2008-2012 թվականներին նորածինների հարաբերակցության 5-ամյա միջին ցուցանիշը կազմել է 100:115: Այնուհետ ցուցանիշը արձանագրել է նվազման զգալի միտում (2013 թ.՝ 100:113, 2014 թ.՝ 100:113.4, 2015 թ.՝ 100:112.7, 2016 թ.՝ 100:111.9), 2017 թ. հասնելով 100/109.8 հարաբերակցության: Հաջորդ՝ 2018 թվականին, ՊՍԽԸ դեմ պայքարի ծրագրային միջոցառումների անկման ֆոնի վրա գրանցվել է ցուցանիշի վատացում (100:111.9): Հաջորդ 3 տարիներին ՆՍԱ ցուցանիշը շարունակել է նվազել, համապատասխանաբար կազմելով՝ 2019թ.-100:110.4; 2020թ.-100:110,0; 2021թ.-100:108,8՝ մոտենալով բնականոն հարաբերակցության: Ցավոք, 2022թ. ՆՍԱ ցուցանիշը վերադարձել է 2018թ. մակարդակին՝ 100:111,9:

ՆՍԱ ցուցանիշը տարբեր է Հայաստանի տարբեր մարզերում: Այն տատանվում է 110-ից 124-ի միջև: Սյունիքում և Տավուշում այն չափավոր մակարդակի վրա է (100:110-112), իսկ Արագածոտնում և Գեղարքունիքում արական սեռի նորածինների գերակշռությունն ամենաբարձրն է երկրում (100:122-124):

Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում տարբերվում է նաև ըստ ծննդյան կարգի: Այսպես, եթե 2008-2012թթ. ծնվածների պարագայում ՆՍԱ ցուցանիշը առաջին երեխայի դեպքում կազմել է 100:106, 2-րդ ի դեպքում՝ 100:110, ապա 3-րդ և 4-րդ երեխաների պարագայում 100/164-166: Սա աշխարհում երբևէ արձանագրված ամենաբարձր ցուցանիշն էր: Ըստ ՎԿ վերջին հրապարակումների<sup>29</sup>, ՆՍՀ ցուցանիշը 2020 թվականին, ըստ երեխաների ծննդի հաջորդականության, կազմել է՝ առաջին երեխայի պարագայում՝ 100:107 (2015թ.՝ 100:106), 2-րդի դեպքում՝ 100:103 (2015թ.՝ 100:108), իսկ 3-րդ և 4-րդ երեխաների դեպքում ցուցանիշը համապատասխանաբար կազմել է՝ 100:125 (2015թ.՝ 100:143) և 100:133 (2015թ.՝ 100:141):

Տարեթիվ	Ծննդյան կարգը				
	Առաջին	Երկրորդ	Երրորդ	Չորրորդ	Հինգերորդ և ավելի
2015	100:106	100:108	100:143	100:141	100:118
2020	100:107	100:103	100:125	100:133	100:113

Ներկայացված տվյալները վկայում են, որ վերջին տասնամյակում ՆՍԱ ցուցանիշի բարելավում է արձանագրվել նորածինների, ըստ ծննդյան կարգի բոլոր խմբերում, ընդ որում 1-ին և 2-րդ երեխաների դեպքում այն գրեթե տեղավորվում է կենսաբանորեն սահմանված միջին վիճակագրական ցուցանիշի միջակայքում, և վկայում է այն մասին, որ սեռի կանխորոշում և ընտրովի աբորտ առաջին և երկրորդ ծնունդի դեպքում Հայաստանում չկա, ինչը մեծ խնդիր է շատ այլ երկրներում:

Սեռերի անհամամասնությունն առավելագույնս՝ ավելի քան կրկնակի կրճատվել է 2-րդ երեխայի պարագայում: Հայաստանում պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատում արվում է 3-րդ երեխայից սկսած, ինչը հիմք է տալիս ենթադրելու, որ 3-րդ և հաջորդ հղիությունից սկսած սեռերի ցանկալի կարգավորումն իրականացվում է հղիության արիեստական ընդհատմամբ, ինչը, բնականաբար, պոտենցիալ վտանգ է հետագայում ժողովրդագրական հավասարակշռության խախտման տեսանկյունից: Ըստ Էուրոպյան, ընտանիքում երկու երեխայից մեկի տղա լինելը բավական է, որպեսզի հայաստանյան ընտանիքներն իրենց վերարտադրողական մտադրությունները համարեն իրականացած: Տղա ունենալ ու շարունակական փորձերն, ի վերջո, հանգեցրել են նրան,

<sup>29</sup> ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, Հրատարակումներ, 2019թ., 2020թ., 2021թ., 2022թ., <http://armstat.am>



որ ընտանիքների մեծամասնությունում տղաները տարիքով ավելի փոքր են աղջիկներից:

Հարկ է նշել, որ չնայած ըստ ծննդյան կարգի, 3-րդ երեխայի պարագայում ՆՍԱ ցուցանիշի առումով ևս առկա է զգալի դրական դինամիկա (2008-2012 միջինը՝ 100:164, 2015 թ.՝ 100:143 և 2020 թ.՝ 100:125), սակայն այն դեռևս շարունակում է մնալ օրակարգային խնդիր:

Այսպիսով, թեև 2010 թվականին հաջորդիվ ՆՍԱ ընդհանուր ցուցանիշը կրճատվել է ավելի քան 1/3-ով (2010թ.՝ 100:115, 2015թ.՝ 100:113, 2020թ.՝ 100:110, 2021 թ.՝ 100:108,8), սակայն այն շարունակում է զգալիորեն գերազանցել ցուցանիշի բնական համամասնությունը: Ավելին, 2022թ. ՆՍԱ ցուցանիշի զգալի վատացում է արձանագրվել (100:111,8):

### ⇒ **Հետևանքներ և կանխատեսումներ.**

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների խնդիր ունեցող երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ այս երևույթը կարող է հանգեցնել անցանկալի հետևանքների՝ ժողովրդագրական անհավասարակշռության, տղամարդկանց արտագաղթի մեծացման, հանցագործության աճի, այդ թվում՝ սեռական բռնություններով պայմանավորված:

Հայաստանում պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների երևույթն արդեն իսկ իր արտացոլումն է գտել բնակչության ժողովրդագրական հիմնական ցուցանիշներում: Մասնավորապես, եթե 1996-2001 թթ.-ին ծնունդների մեջ 9 տոկոսից էլ քիչ դեպքերում է տղաների թիվը ավել եղել աղջիկների թվից, ապա 2001-2010 թթ. այն անցել է 26 տոկոսը: 2011թ. մարդահամարի տվյալներով, 1996 թ.-ից հետո մինչև 15 տարեկան տղա երեխաների թիվը գերազանցել է աղջիկներ ի թիվը գրեթե 39.000-ով: Ըստ ՎԿ տվյալների, 2022թ. հունվարի 1-ի դրությամբ 0-19 տարեկանների մեջ տղաների թիվը 52800-ով գերազանցում է աղջիկների թիվը: Փոխվել է նաև բնակչության սեռային-տարիքա բուրգի կառուցվածքը: Գրանցվում է վաղ վերարտադրողական տարիքի (15-25տ.) տղաների տեսակարար կշռի համեմատական աճ, աղջիկների նույն ցուցանիշի նվազման ֆոնի վրա<sup>30</sup>:

Ըստ 2011-2017թթ. փորձագիտական վերլուծությունների<sup>31</sup>, ՆՍԱ հետևանքով Հայաստանը տարեկան կորցնում է 1400-2000 նորածին աղջիկ, ինչը մեծ հարված է երկրի՝ առանց այն էլ ծանր վիճակում գտնվող ժողովրդագրական իրադրությանը: Ըստ նույն աղբյուրների կանխատեսվում էր, որ ծնունդների նման սեռային հարաբերակցության հետագա շարունակման դեպքում մինչև 2060 թվականը չի ծնվի գրեթե 93000 աղջկ, ինչն էլ իր հերթ ին կբերի ծնունդների թվի կրճատման և, որպես հետևանք, բնակչության թվի նվազման: Վերջնական արդյունքում, ըստ այդ կանխատեսման, ՆՍ անհամամասնության հետևանքով Հայաստանի բնակչությունը մինչև 2060թ. կնվազի հավելյալ 80.000 մարդով (սա Հայաստանի 2 տարվա ծնունդների մոտավոր թիվն է): Բացի ժողովրդագրակ և սպառնալիքներից, կառաջանան նաև հասարակական բնույթի բազմաթիվ այլ խնդիրներ, որպիսիք են սեռական անձեռնամխելիության և ազատության դեմ կատարված հանցագործությունների աճը, միայնակ տղամարդկանց

<sup>30</sup> Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ՎԿ, 2022թ. դեկտեմբեր, Երևան,

<sup>31</sup> Առողջապահության ոլորտում սեռի հատկանիշով պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման քաղաքականության և գործող պրակտիկայի վերլուծություն, Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2016, [https://ichd.org/download.php?f=822&fc=2\\_Health%20sector\\_Final%20\(2\).pdf](https://ichd.org/download.php?f=822&fc=2_Health%20sector_Final%20(2).pdf):

թվի աճը և դրանից բխող այլ հետևանքներ: Երիտասարդ կանանց պակասը կազդի երկրի, այսպես կոչված, «ամուսնությունների շուկայի» վրա: Սեռերի այս անհամամասնությունը կարող է հանդես գալ որպես լրացուցիչ «դրոպապատճառ» տղամարդկանց միգրացիայի համար, հատկապես այն իմաստով, որ տղամարդկանց թամենայն հավանականությամբ, կհանգեցնի ամուսնության հետաձգման և կավելացնի ամուրիության մակարդակն այն տղամարդկանց շրջանում, ովքեր կնախընտրեն մնալ Հայաստանում: Չնայած ՆՍԱ ցուցանիշի որոշակի դրական միտումներին, աշխարհաքաղաքական ներկայիս վայրիվերումների ֆոնին ժողովրդագրական իրավիճակի վատացումը մնում է շարունակական խնդիր, իսկ դրա լավացմանն ուղղված ջանքերի մեկտեղումը՝ օրվա հրամայական:

### Պարապմունք N 3. Գործնական



Թեմատիկ տեսաֆիլմի դիտում

⇒ **Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում**

<https://youtu.be/6YCAeIDqjRs>

*Ֆիլմի դիտում, կարծիքների փոխանակում, քննարկում և ամփոփում*

### Պարապմունք N 4. Գործնական

▶ **Ընտանիքի կազմի նախապատվությունները և վերաբերմունքը գենդերային կարծրատիպերի նկատմամբ:**

▶ **Ձևաչափ.** Խմբային աշխատանք թեմատիկ հարցադրումներով և ինտերակտիվ քննարկումով:

▶ **Նպատակ.** Հնարավորություն տալ մասնակիցներին.

1. Հստակեցնել և արտահայտել իրենց սեփական ընկալումները աղջիկների և կանանց, տղաների և տղամարդկանց գենդերային դերերի և գենդերային կարծրատիպերի վերաբերյալ.

2. Կիսվել երեխաների գենդերային դաստիարակության անձնական փորձով, հատկապես՝ աղջիկների և տղաների գենդերային հավասարության և գենդերային բռնության անթույլատրելիության հարցերի շուրջ:

▶ **Վարժանքի ընթացքը.** Մասնակիցները բաժանվում են 3 խմբի՝

1) երեխա չունեցողներ,

2) միայն մեկ երեխա կամ նույն սեռի երեխաներ ունեցողներ,

3) տարբեր սեռի երեխաներ ունեցողներ:

Վարժանք վարողը ներկայացնում է յուրաքանչյուր խմբի համար մշակված թեմատիկ հարցադրումները.

### ⇒ **ԽՈՒՄԲ 1 – Երեխա չունեցողներ.**

- ▶ Որո՞նք են աղջիկ կամ կին լինելու առավելություններն ու դժվարությունները:
- ▶ Որո՞նք են տղա կամ տղամարդ լինելու առավելություններն ու դժվարությունները:
- ▶ Քանի՞ և ի՞նչ սեռի երեխա եք նախընտրում ունենալ և ինչո՞վ է պայմանավորված Ձեր նախապատվությունը:
- ▶ Ե՞րբ եք պլանավորում երեխա ունենալ:

### ⇒ **ԽՈՒՄԲ 2 – Մեկ երեխա կամ նույն սեռի երեխաներ ունեցողներ.**

- ▶ Ի՞նչ սեռի է/են Ձեր երեխան/երեխաները:
- ▶ Կցանկանալի՞ք արդյոք, հակառակ սեռի կամ մեկ երեխա ունենալ:
- ▶ Եթե այո, ապա՞՝ ե՞րբ, եթե ոչ, ապա՞ ինչո՞ւ:
- ▶ Տարբերվու՞մ են այդ հարցերի շուրջ Ձեր անձնական, Ձեր ամուսնու և նրա ծնողների նախապատվությունները:

### ⇒ **ԽՈՒՄԲ 3 – Տարբեր սեռի երեխաներ ունեցողներ.**

- ▶ Քանի՞ աղջիկ և քանի՞ տղա ունեք: Ի՞նչ տարիքի են:
- ▶ Փորձե՞լ եք արդյոք ձեր մանկահասակ երեխաների մեջ արմատավորել գենդերային հավասարության և գենդերային բռնության անթույլատրելիության սկզբունքները: Եթե այո, ապա խնդրում ենք կիսվել ձեր փորձով: Եթե ոչ, ապա ինչո՞ւ:
- ▶ Նկատե՞լ եք խտրական դրսևորումներ Ձեր դուստրերի կամ որդիների հանդեպ ընտանիքում և հասարակության մեջ: Եթե այո, ապա ինչպիսի՞:
- ▶ Պլանավորու՞մ եք մոտ ապագայում երեխա ունենալ և ի՞նչ սեռի:

### ▶ **Քննարկում աշխատանքային խմբերում և արդյունքների ներկայացում**

Մասնակիցները առանձնանում են և ընտրում խմբի մոդերատորին/վարողին և գեկուցողին: Մոդերատորները անդրադառնում են հարցադրումներին և առաջարկում մասնակիցներին կաչող թերթիկների վրա գրառել իրենց պատասխանները և փակցնել գրատախտակին: Յուրաքանչյուր խմբի գեկուցող ամփոփում է խմբի անդամների պատասխանները և ներկայացնում ընդհանուր լսարանում: Խմբի այլ մասնակիցները կամավորության սկզբունքով կիսվում են իրենց անձնական պատմություններով և նկատառումներով: Ծավալվում է ինտերակտիվ քննարկում:

### ▶ **Արդյունքների ամփոփում**

Վարժանքը վարող դասավանդողը ամփոփում է յուրաքանչյուր խմբի անդամների պատասխանները՝ շեշտը դնելով հայ ընտանիքներին բնորոշ գենդերային դերերի ընկալումների, երեխաների սեռի և քանակի նախապատվությունների և ընտանիքի պլանավորման հարցերի վրա:

Վարժանքն ավարտվում է կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքն ու հարակից վնասակար դրսևորումներն արմատախիլ անելու անհրաժեշտության վերաբերյալ հետևյալ ուղերձով՝

«Յուրաքանչյուր երեխա, անկախ իր սեռից, անհատականություն է և ունի կյանքի ու արժանապատիվ վերաբերմունքի իրավունք: Հայ ընտանիքներում և հասարակության մեջ անհրաժեշտ է արմատավորել գենդերային հավասարության սկզբունքները և խրախուսել մասնկաճությունը՝ անկախ պտղի սեռից»:

### Պարապմունք N 5. Տեսական

▶ Ազգաբնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի որոշիչները Հայաստանում՝ նախապատմություն և հետագա զարգացումներ:

ՀՀ առողջապահական ոլորտում կան բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց լուծման միջոցով կարելի է արդյունավետ կանխարգելել պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները: Մինչդեռ բուժաշխատողներից շատերը տեղեկացված չեն ազգաբնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի որոշիչների, անուղղակի գործոնների և միտումների վերաբերյալ, դրսևորում են ոչ պատշաճ վերաբերմունք պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների հանդեպ, երբեմն էլ՝ շահագրգռված լինելով նպաստում են դրանց իրականացմանը:

Այս պարապմունքի նպատակն է՝ բարելավել մասնակիցների իրազեկվածությունը՝ Հայաստանի բնակչության բնական շարժի և վերարտադրողական վարքագծի միտումների և որոշիչների վերաբերյալ, ինչպես նաև հստակեցնել ժողովրդագրական մարտահրավերների հաղթահարման գործընթացներում բուժաշխատողների մասնակցության անհրաժեշտությունը:

#### ▶ Ազգաբնակչության վերարտադրությունը և բնական շարժը

Ազգաբնակչության վերարտադրությունը՝ սերունդների բնականոն հերթափոխությունն ու նորացումն է, որը տեղի է ունենում ծնունդների և մահերի արդյունքում: Այդ շարունակական գործընթացի շնորհիվ բնակչության թիվը փոփոխվում է՝ այն կարող է աճել կամ նվազել: Սերունդների բնականոն հերթափոխության ու նորացման արդյունքում բնակչության թվի փոփոխությունը՝ անվանվում է բնական շարժ: Բնական շարժի ուղղակի որոշիչներն են՝ ծնելիությունը և մահացությունը: Ազգաբնակչության բնական աճի ցուցանիշը՝ ծնելիության և մահացության մակարդակների տարբերությունն է:<sup>32</sup>

*Տարբերում են բնակչության վերարտադրության երեք տեսակ՝ պարզ, ընդլայնված և նեղացված: Պարզ վերարտադրության դեպքում ծնելիության և մահացության ցուցանիշները հավասար են, այսինքն բնակչության թիվը չի փոփոխվում և բնական աճ չկա: Ընդլայնված վերարտադրության դեպքում ծնելիության ցուցանիշը գերազանցում է մահացության ցուցանիշին, և տեղի է ունենում բնակչության թվի աճ: Նեղ վերարտադրության դեպքում մահացության ցուցանիշը գերազանցում է ծնելիության ցուցանիշին, և բնակչության թիվը նվազում է:*

Այն երկրներում, որտեղ տարիներ շարունակ մահացության ցուցանիշը գերազանցում է ծնելիության ցուցանիշին և բնակչության բնական աճը ունի բացասական սալ-

<sup>32</sup> Ազգաբնակչության բնական աճի ցուցանիշը հաշվարկվում է ինչպես բացարձակ թվով, այնպես էլ հարաբերական ցուցանիշներով. յուրաքանչյուր 100 մարդու հաշվով՝ տոկոս (%), կամ յուրաքանչյուր 1000 մարդու հաշվով՝ պրոմիլե (‰):

տո, առաջանում է բնական դեպոպուլյացիայի իրավիճակ: Եթե նման վիճակը պահպանվում է երկար տարիներ, այն գնահատվում է որպես ժողովրդագրական ճգնաժամ:

Գոյություն ունեն բազմաթիվ գործոններ, որոնք ազդում են բնակչության բնական աճի վրա, այն է՝ վարքագծային, ժողովրդագրական, առողջապահական, սոցիալ-տնտեսական քաղաքական, օրենսդրական, կրոնական, հոգեբանական, մշակութային, համաճարակաբանական, Էկոլոգիական և այլն:

### ▶ Ազգաբնակչության վերարտադրողական վարքագիծը

Ազգաբնակչության վերարտադրողական վարքագիծը՝ երկրում բնակվող կանանց և տղամարդկանց մեծամասնությանը բնորոշ վարքագիծը մեծ դեր է խաղում սերունդների հերթափոխման ու նորացման գործընթացներում: Համատեղ ապրող զույգերի վերարտադրողական վարքագիծը՝ դա նախապատվությունների, կարողությունների, ունակությունների, գիտելիքների և հմտությունների, ինչպես նաև պատահականությունների, իրադարձությունների և հանգամանքների փոխկապակցված շղթա է, որի արդյունքում նրանք կարողանում են երեխա ունենալ, կամ կանխել հղիությունն ու մանկածնությունը:

Վերարտադրողական վարքագծի բաղադրիչներն են՝ սեռական կյանքն ու զույգերի ներդաշնակությունը, գենդերային և ամուսնական փոխհարաբերությունները, երեխաների թվաքանակի և սեռի նախապատվությունները, բեղմնականիսման միջոցների մասին գիտելիքներն ու դրանց կիրառումը, հղիության արիեստական ընդհատումները, ապրելակերպը հղիության ընթացքում, ինչպես նաև նորածինների խնամքը և կրծքով կերակրումը:

Քաղաքակրթության զարգացումների և կենսապայմանների փոփոխությունների հետ զուգահեռ փոխվում է նաև ազգաբնակչության վերարտադրողական վարքագիծը: Այդ փոփոխությունների հիմքում ընկած է նախորդ սերունդների կենսափորձի, ազգային ավանդույթների ու վարքագծային նորմերի նորովի իմաստավորումը և վերանայումը՝ ժամանակի պահանջներին համապատասխան: Արդյունքում, որոշ ազգային ավանդույթներ այլևս չեն պահպանվում կամ էլ վերածվում են կարծրատիպերի, որոնք անուղղակի կերպով անդրադառնում են բնակչության վերարտադրողական վարքագծի, գենդերային փոխհարաբերությունների և բնական շարժի վրա:

### ▶ Ընտանիքը՝ որպես ազգի գոյատևման հիմնաքար

*«Չորավոր է այն ազգը, որն ունի զորավոր ընտանիքներ:  
Ազգերի զորությունը ընտանիքների մեջ է»<sup>33</sup>:*

Յուրաքանչյուր ազգի գոյատևման հիմքը ամուր և առողջ ընտանիքն է: Ընտանիքը ամուսնության կամ ազգակցության վրա հիմնված՝ մարդկանց փոքր խումբ է, որի անդամները միմյանց հետ կապված են կենցաղի ընդհանրությամբ, փոխադարձ օգնությամբ և բարոյական պատասխանատվությամբ: Ընտանիքում են ծնվում մեծանում երեխաները, ապրում երիտասարդները, հասուն տարիքի և տարեց մարդիկ: Որպես սոցիալական երևույթ, ընտանիքը փոխվում է հասարակության տնտեսական հիմքի զարգացմանը համապատասխան՝ պահպանելով հարաբերական ինքնուրույնություն:

<sup>33</sup> Հատված Գևորգ Մարգպետունի պատմավեպից

Ընտանիքը արտացոլում է հասարակության զարգացման մակարդակը, դարերից եկածազգային ավանդույթները, հասարակական բարքերն ու ճգնաժամերը<sup>34</sup>:

Հայերի ընտանեկան ավանդույթներն ու սովորույթները բավականին պահպանողական են, ինչն անդրադառնում է բնակչության վերարտադրողական վարքագծի վրա: Այդ հարցերի վերաբերյալ ամբողջական պատկերացում կազմելու համար հարկավոր է դիտարկել և վերլուծել ընտանիքի ինստիտուտի զարգացման դինամիկան՝ հայ ընտանիքի անցյալը և ներկան:

### ► Հայ ընտանիքը և ընտանեկան ավանդույթները

«Նախնադարյան հայ ընտանիքը եղել է նուկլեար: Հետագայում այն կարողացել է գոյատևել ավելի մեծ ազգակցական ընտանեկան խմբի՝ գերդաստանի շրջանակներում: Նահապետական հայ ընտանիքը իր մեջ ներառել է մեկ հոր զավակների 4-ից 5 սերունդ՝ իրենց կանանցով և երեխաներով, որոնք բոլորն ապրել են մեկ հարկի տակ: Տոհմը շարունակվում էր մեկ այր և մեկ կին սկզբունքով: Ազգականների և սերունդների միջև կապը ամուր պահպանվում էր: Հատուկ սեր և ուշադրություն էր դրսևորվում նախնիների նկատմամբ, խստորեն պահպանվում էին նրանց ավանդած արժեքները: Սերունդները հետևում էին իրենց նահապետների սահմանած օրենքներին և պարտավոր էին փոխանցել դրանք իրենց սերունդներին»:

Նահապետական ընտանիքների այսպիսի տեսակները գոյատևել են մինչև 20-րդ դարի 30-ական թվականները: Գերդաստանները հետագայում սկսել են քայքայվել և բաժանվել մի քանի փոքր ընտանիքների: Սակայն դեռևս տարածված են 3-4 սերունդ նույն բնակարանում ապրող ընտանիքները: Թեև ժամանակակից երիտասարդները հաճախ գերադասում են տատիկ-պապիկներից և ծնո ղներից անջատ ապրել՝ սերունդների միջև կապը և ընտանեկան ավանդույթները ամուր պահպանվում են: Հարգանքը ծնողների և տարեցների նկատմամբ և անսահման սերը երեխաների հանդեպ համարվում է գերագույն արժեք: Հայկական ընտանիքներին մինչ այժմ բնորոշ է մենամուսնությունը: Կանանց մինչամուսնական կապերը և այդ կապերից երեխա ունենալը հաճախ դատապարտվում է հասարակության կողմից: Դավաճանությունը՝ հաճախ ամուսնալուծության պատճառ է դառնում:

<sup>34</sup> [http://www.ysu.am/files/25G\\_Tadevosyan-1417164588-.pdf](http://www.ysu.am/files/25G_Tadevosyan-1417164588-.pdf)

### **Շնտանիքի նահապետը և «թաքնված» մայրիշխանությունը**

«Գերդաստանի գլուխը կամ նահապետը՝ ընտանիքի ավագ տղամարդն էր: Գերդաստանի բոլոր անդամները պարտավոր էին իրենց արարքների համար հաշվետու լինել նահապետին, սակայն ինքը՝ նահապետը, հաշվետու չէր ոչ ոքի առաջ: Գերդաստանի խնդիրները և հարցերը լուծելու համար նահապետը խորհրդակցում էր այլ տարեց տղամարդկանց հետ: Նահապետից հետո ընտանիքում երկրորդ մարդը, նահապետի օգնականն ու ընտանիքում նրա բարձր հեղինակությունը պահողն իր կինն էր: Կնոջ կարևորագույն պարտականությունը՝ տան կրակն անշեջ պահելն էր: Կնոջ մահն անգամ շատ հաճախ համեմատվում էր օջախի կրակը մարելու հետ: Կնոջ գլխավոր դերը մայրությունն էր և երեխաների դաստիարակությունը: Չղի կինը և մայրը բոլոր ժամանակաշրջաններում եղել են պաշտամունքի առարկա:

Նահապետի կնոջ պարտքն էր՝ հարսներին և թոռներին սովորեցնել ինչպես իրենց գերդաստանի ավանդույթներն ու պատմությունը, այնպես էլ ազգային մշակույթը, ծեսերը և ավանդույթները: Թեև նահապետի կնոջ իշխանությունը տարածվում էր հիմնականում իգական սեռի ներկայացուցիչների և երեխաների վրա, նա հարգված էր ընտանիքի բոլոր անդամների կողմից: Չենց նա էր հանդիսանում նահապետի խորհրդականն ու տան անդորրը հսկողը: Իսկ հայ թագուհիներն ու իշխանուհիներն իրավունք ունեին առանց իրենց ամուսինների իմացության հրամաններ արձակել, բռնել կամ բաց թողնել գերիներին, ճաշկերույթներ կազմակերպել և մասնակցել թագավորական ժողովներին»<sup>35</sup>:

Չայկական ավանդույթներին համապատասխան, ժամանակակից հայ ընտանիքներն էլ նահապետական են: Տղամարդն է համարվում է ընտանիքի գլուխը (հիմնական կերակրողը) և ունի վերջին խոսքի իրավունքը: Սակայն, ընտանիքներում տիրում է այսպես կոչված «թաքնված մայրիշխանություն» և առանց կնոջ իմացության և համաձայնության ոչինչ չի արվում: Իսկ այն կարծիքը, թե Չայաստանում կանայք ամուսնությունից հետո չեն աշխատում և ամբողջ օրը վառարանի մոտ կանգնած մոռանում են իրենց ժամանցի մասին՝ բացարձակ առասպել է: Բազմաթիվ հայուհիներ բարձրագույն կրթություն են ստանում, հասնում են մասնագիտական մեծ հաջողությունների, աշխատում են և զբաղեցնում բարձր պաշտոններ պետական կառույցներում և հեղինակավոր ընկերություններում: Աշխատանքը չի նվազեցնում կնոջ դերը ընտանիքում՝ հենց նա է օջախի, ընտանեկան անդորի և հարմարավետ մթնոլորտի պահապանը: Կինն է պատասխանատու երեխաների առողջության պահպանման, կրթության և բարոյական դաստիարակության համար: Սակայն, այդ հարցերում առանց տղամարդու իմացության և համաձայնության ոչինչ չի արվում: Իրենց ընտանիքի ժամանցի համար էլ հայ կինը միշտ ժամանակ է գտնում: Իսկ տարիքն առած չաշխատող տատիկները աջակցում և օգնում են իրենց հարսներին և դուստրերին: Չետաքրքրական է նաև, որ քույրերը միշտ գտնվում են իրենց եղբայրների պաշտպանության ներքո: Նույնիսկ նրանց տարիքային տարբերությունը նշանակություն չունի: Այսպիսով, հայկական ընտանեկան մշակույթը լի է փոխադարձ հարգանքով, հոգատարությամբ և սիրով:

<sup>35</sup> <https://www.armgeo.am/armenian-traditional-family>

► **Երեխաների թիվը և նրանց սեռի նախասիրությունները**

*Գերդաստանի ընտանիքները սովորաբար բազմազավակ են եղել, ուստի և տարբեր սեռի երեխա ունենալու հնարավորություն միշտ ունեցել են: Արական սեռի երեխաներին առանձնահատուկ ուշադրություն են դարձրել, քանի որ արու զավակներն էին, որ շարունակում էին տոհմաձառի ճյուղերը: Տոհմաձառում, որը սերունդների համար հանդիսացել է իրենց գերդաստանի պատմության վկայությունը, նշվում էր գերդաստանի միայն արական սեռի ներկայացուցիչների անունները: Աղջիկները համարվում էին ուրիշի տան ճրագը և օջախը շենացնողը: Նոր ամուսնացած տղամարդու նպատակն ու պարտականությունը հենց իր տոհմաձառի ճյուղերն ավելացնելն էր<sup>36</sup>:*

Դժբախտաբար, ժամանակակից հայ ընտանիքները սկսել են սահմանափակել իրենց երեխաների թիվը և արդյունքում նվազել է երկու սեռի երեխա ունենալու հնարավորությունը: Մինչդեռ, բազմաթիվ հայ ընտանիքներում դեռևս ակնհայտ է արու զավակ ունենալու նախապատվությունը: Այդ մասին վկայում են վերջին երեք տասնամյակներում իրականացված մի շարք ծավալուն հետազոտությունների արդյունքները, որոնք ներկայացված են ստորև.

Վերարտադրողական առողջության առաջին ազգային ծրագրի շրջանակներում, դեռևս 1997-1998 թվականներին ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը, Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլիգիայի հանրապետական կենտրոնը (ՊՄԳՀԿ) և «Հանուն ընտանիքի առողջության» ՀԿ-ն համատեղ իրականացրել են ծավալուն հետազոտություն վերարտադրողական տարիքի երբևէ ամուսնացած շուրջ 6000 կանանց և 3000 տղամարդկանց շրջանում: Պարզվել է, որ կին հարցվողների կեսից ավելին (51%) մինչ ամուսնությունը իդեալական է համարել 3 կամ 4 երեխա ունենալը (միջինը՝ 3.4), այդ թվում՝ 1 կամ 2 որդի (միջինը՝ 1.7) և 1 կամ 2 դուստր (միջինը՝ 1.7). Ամուսնությունից հետո պլանավորված երեխաների թիվը նվազել է՝ մեծամասնությունը (60.5%) ցանկացել է ունենալ 1 կամ 2 երեխա (միջինը՝ 2.5), նախապատվությունը տալով տղաներին: Հարցվողների մեծամասնությունը (63.5%) հարցման պահին ունեցել է 1 կամ 2 երեխա (միջինը՝ 2.1) և միայն մեկ քարորդն (25.1%) է 3 երեխա ունեցել:

2012-2013-ին ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ Քրիստոֆ Գիլմոնտոի կողմից իրականացված «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. Ժողովրդագրական տվյալներ և վերլուծություն» հետազոտության տվյալների համաձայն, 2011թ.-ին կանանց 65%-ը նախընտրում էր տղա երեխա ունենալ և միայն 23%-ը՝ աղջիկ: Տղամարդիկ անվերապահորեն նախապատվություն էին տալիս արական սեռի երեխաներին: Երկու երեխա ունենալուց հետո ևս մեկին ունենալու ցանկությունը 3 անգամ ավելի է եղել տղա երեխայի բացակայության պարագայում:

2015-2016-ին իրականացված «Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության» տվյալների համաձայն, կանանց կողմից իդեալական համարվող երեխաների միջին թիվը՝ 2,6 երեխա էր (տղամարդկանց համար՝ 2,7): Հարցման պահին երեխաների իրական թիվը 2-ից քիչ էր (միջինում՝ 1.4 երեխա):

<sup>36</sup><https://www.armgeo.am/armenian-traditional-family>



Ամուսնացած կանանց 54% և տղամարդկանց 48% նշել էին, որ չեն ցանկանում այլևս երեխա ունենալ: Հարցվողների կեսից ավելին (կանանց 54%-ը և տղամարդկանց 51%-ը) ունեին և՛ արական, և՛ իգական սեռի երեխաներ: Այնուհանդերձ, երեխաների սեռային հարաբերակցությունը զգալիորեն խախտված էր ի օգուտ տղաների: Միայն արական սեռի երեխաներ ունեին կին հարցվողների 24%-ը և տղամարդ հարցվողների 23%-ը, մինչդեռ միայն իգական սեռի երեխաներ ունեին կին հարցվողների 16%-ը և տղամարդ հարցվողների 17%-ը:

Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնի (ՄՉՄԿ) կողմից 2011-2016-ին իրականացված հետազոտությունների տվյալները հնարավորություն տվեցին վեր հանել տղաներին տրվող նախապատվության պատճառները՝ «տղան տոհմը շարունակողն է, ունեցվածքի ժառանգորդն է, հայրենիքի պաշտպանն է, ընտանիքի նյութական բարեկեցության երաշխավորն է և ի վերջո՝ տղան անձնավորում է հեղինակություն և ուժ»:

2020-2021 թվականներին APR Group ՅԿ-ի կողմից ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ իրականացվել է ընտրանքային սոցիոլոգիական հետազոտություն՝ վերարտադրողական տարիքի 3000 կանանց և տղամարդկանց շրջանում: Պարզվել է, որ հարցվողների 78%-ը ունի որդի, 70%-ը ունի դուստր: Կանանց 86% և տղամարդկանց 81%-ը չեն պլանավորում մոտ ապագայում երեխաներ ունենալ, մինչդեռ կանանց 36%-ը ունեն պլանավորածից քիչ երեխա, իսկ 7%-ը դեռ երեխա չունեն:

Երեխայի սեռի նախընտրության վերաբերյալ ՄԱԲՀ-ի հետազոտությունների տվյալները համեմատելիս, տղաներին տրվող նախապատվության առումով որոշակի փոփոխություն էր նկարագրվել՝ արու զավակ ունենալու ցանկություն հայտնած ընտանիքների տեսակարար կշիռը 45,3%-ից նվազել է մինչև 12,9%: Դրական էր համարվել նաև ընտանիքում տղային և աղջկան տրվող հավասար նախապատվության աճը՝ 47,3%-ից (2011թ.) մինչև 82% (2017թ.):

ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից 2022թ. նույն մեթոդաբանությամբ իրականացված նույնանուն հետազոտության<sup>37</sup> արդյունքների համաձայն և՛ ընտանիքում, և՛ շրջապատում տղաներին նախապատվություն տվողների տեսակարար կշիռն ավելի մեծ է՝ աղջիկներին նախապատվություն տվողների համեմատ: Նախորդ (2017 թ.) հետազոտության արդյունքների համեմատ երկու սեռին էլ հավասարապես վերաբերվողների տեսակարար կշիռը նվազել է, իսկ հղիության ընթացքում որևէ սեռի երեխայի նախապատվություն տվող հարցվողների տեսակարար կշիռը՝ աճել է: Մասնավորապես, հարցվածների 53%-ը կարծում է, որ իր շրջապատում նախապատվությունը տալիս են տղա երեխաներին (2017թ.՝ 38%), իսկ 18%-ը նշել է, որ իր ընտանիքում են նախապատվությունը տալիս տղա երեխաներին (2017թ.՝ 13%): Հարցվածների միայն 11%-ն է նշել, որ իր շրջապատում նախապատվությունը տալիս են աղջիկներին, և նույնքան հարցվածներ էլ նշել են, որ իրենց ընտանիքում նախապատվությունը տալիս են աղջիկներին:

### ▶ Պտղաբերության վերահսկումը

Բոլոր ժամանակներում էլ կանայք փորձել են խուսափել անցանկալի հղիություններից կամ ընդհատել դրանք: Հղիությունը կանխելու համար օգտագործվել են մինչ օրս կիրառվող ավանդական մեթոդները՝ մանկանը բացառապես կրծքով կերակրելը,

<sup>37</sup> «Պտղի սեռի խտրական ընտրության տարածվածությունն ու պատճառների վերաբերյալ», ՄԲՀԱ, Երևան, 2022թ. <https://armenia.unfpa.org/hy/GBSSresearchARM2022>

ընդհատված սեռական հարաբերությունները և կամավոր սեռական ժուժկալությունը: Անցանկալի հղիությունից ազատվելու համար օգտագործվել են ամենատարբեր ավանդական մեթոդներ, սակայն այդ քայլը եկեղեցու կողմից հաճախ դիտվել է որպես «մանկասպանություն» և ինչպես հղիության ընդհատման փորձ կատարող կինը, այնպես էլ իրականացնող անձը խստորեն պատժվել են: Եկեղեցու կողմից հղիության արհեստական ընդհատման արգելքը ունեցել է աստվածաշնչյան բացատրություն, համաձայն որի, նույնիսկ նոր ձևավորված պտղին Աստված հոգով է օժտում: Հարկ է նշել, որ խաղաղ և մանկածնության համար նպաստավոր պայմաններում անցանկալի հղիության ընդհատման եզակի դեպքերը չէին անդրադառնում բնակչության վերարտադրման գործընթացների վրա:

*Մասնագետների կողմից վիրաբուժական մեթոդով հղիության արհեստական ընդհատումը, որը «աբորտ» է անվանվել, առաջին անգամ կատարվել է 1750 թ.: Հղիության արհեստական ընդհատումը մինչ այժմ «աբորտ» է անվանվում, անկախ նրա դրդապատճառներից և կիրառման մեթոդներից: Առաջին պետությունը, որը 1920 թվականին պաշտոնապես օրինականացրեց աբորտը, Խորհրդային Ռուսաստանն էր: Բեղմնականիսման ժամանակակից մեթոդների բացակայության պայմաններում ԽՍՀՄ-ի մի շարք հանրապետություններում աբորտի օրինականացումից հետո պտղաբերությունը սկսեց նվազել: Ծնելիության խթանման նպատակով 1936-ին ԽՍՀՄ-ում աբորտը արգելվեց, սակայն ծնելիությունը չաճեց, պարզապես ավելացավ ապօրինի աբորտներից մահացած կամ իրենց նորածիններին սպանած կանանց թիվը: Մոտ 20 տարի անց ԽՍՀՄ-ում աբորտների արգելքի քաղաքականությունը սկսեց մեղմանալ և 1955-ին աբորտները նորից օրինականացվեցին: Բեղմնականիսման ժամանակակից միջոցների մասին գիտելիքների պակասի և անմատչելիության պատճառներով տասնամյակներ շարունակ աբորտը դարձել էր պտղաբերության վերահսկման հիմնական միջոց:*

Հայաստանի անկախության հռչակումից հետո Սահմանադրությամբ ամրագրվեց, որ մայրությունն ու մանկությունը գտնվում են պետության հատուկ պաշտպանության և հովանավորության ներքո, իսկ ընտանիքը՝ բնակչության պահպանման և վերարտադրման հիմքն է հանդիսանում:

1990-ականներից սկսած, ներդրվեցին և մատչելի դարձան ուլտրաձայնային տեխնոլոգիաները և հղիության ընդհատման ժամանակակից մեթոդները: Նախաձննդյան փուլում պտղի սեռը պարզելու հնարավորությունը նպաստեց պտղի իգական սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումներին: Պետական վիճակագրական տվյալների համադրությունը ևս փաստեց, որ նորածինների սեռերի անհամամասնությունը արձանագրվել է 1990-ականներին հաջորդիվ:

1996-1997 թվականներին Հայաստանում մեկնարկեց Վերարտադրողական առողջության բարելավման առաջին ազգային ծրագիրը, որի շրջանակներում Հայաստանի բոլոր մարզերում ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ ստեղծվեցին ընտանիքի պլանավորման 77 կաբինետներ, ներդրվեցին և բնակչությանը տրամադրվեցին բեղմնականիսման ժամանակակից միջոցներ, իրականացվեցին մասնագետների ուսուցման և հանրային իրազեկման լայնածավալ միջոցառումներ: Կանայք հնարավորություն ստացան պլանավոր-

րել և վերահսկել իրենց մանկածնության գործընթացը և ունենալ ցանկալի թվով երեխաներ, ցանկալի տարիքում և պարբերականությամբ: Կարգավորելով հղիությունների միջև ժամանակահատվածը՝ հայ կինը բարձրագույն կրթություն ստանալու, աշխատելու և հասարակական կյանքին մասնակցելու հնարավորություններ ստացավ, նա կարողանում էր ավելի շատ ժամանակ տրամադրել երեխաների խնամքին՝ պատշաճ հոգ տանել և դաստիարակել նրանց: Սակայն, անգամ ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մատչելիության պայմաններում կանանց մեծամասնությունը շարունակում էր դիմել աբորտի՝ հիմնականում արու զավակ ունենալու ավանդական նախապատվության իրականացման, երբեմն էլ երեխաների թիվը սահմանափակելու նպատակներով:

1997-1998 թվականներին իրականացված ընդլայնված հետազոտությունից պարզվել է, որ կանանց հղիությունների 51,2 %-ը ավարտվում էր արհեստական ընդհատմամբ:

ՅԺԱՀՀ 2015-2016թթ. հետազոտության տվյալների համաձայն, կանանց 57% օգտագործել է բեղմնականխման որևէ միջոց, սակայն ժամանակակից մեթոդների գործածումը նախորդ հետազոտության համեմատ մի փոքր նվազել է (28 %): Ըստ նույն աղբյուրի, աբորտների թիվը նաև նվազել է՝ մեկ կնոջ հաշվով կատարվել է միջինում 0.6 աբորտ, մինչդեռ 2000թ-ին այդ ցուցանիշը 2,6 է եղել: Չի բացառվում, որ հարցվողները չեն նշել իրենց ապօրինի աբորտները կամ ինքնուրույն հրահրած դեղորայքային վիժումները: Հղիության արհեստական ընդհատումներ ունեցող կանանց 7.7% նշել է, որ պատճառը պտղի սեռի ընտրությունն է եղել: (2010թ. նույն պատճառը նշել է կանանց 9 %):

2020-2021 թթ. APR Group-ի կողմից իրականացված ընտրանքային սոցիոլոգիական հետազոտության արդյունքների համաձայն՝ կին հարցվողների 45% նշել է, որ իրենք առնվազն մեկ անգամ դիմել է աբորտի: Մինչդեռ, տղամարդ հարցվողների 31%-ն է միայն նշել, որ իրենց կանայք առնվազն 1 անգամ աբորտ են կատարել: Կարելի է ենթադրել, որ տղամարդիկ երբեմն տեղակացված չեն լինում իրենց կանանց հղիության ընդհատումների մասին: Այս հետազոտության տվյալները մեկ անգամ նաև հաստատում են այն կարծիքը, որ պտղի սեռով պայմանավորված աբորտները հիմնականում կատարվում են տղա երեխայի նախապատվության պատճառով: Բավականին մտահոգիչ տվյալներ են արձանագրվել կանանց կողմից ինքնուրույն վիժում առաջացնելու փորձերի վերաբերյալ. աբորտի դիմած 493 կին՝ հարցվողների 23,8%-ը երբևէ փորձել է ինքնուրույն վիժում առաջացնել և 16,2%-ի մոտ դա հաջողվել է:

### ► **Հայաստանի բնակչության թիվը և բնական շարժի միտումները**

Հայաստանի ողջ պատմության ընթացքում պարբերաբար տեղի են ունեցել աշխարհաքաղաքական իրադարձություններ, բնական աղետներ, տարածքային և մարդկային կորուստներ, որոնց անվերադարձ հետևանքները խախտել են ազգաբնակչության աճի և կայուն զարգացման գործընթացը:

*Պատմական Արևմտյան Հայաստանի բնակչությունը ապրել է Օսմանյան կայսրության կազմում շուրջ չորս դար ( 1555-1923 թթ): Ըստ պատմագիտական գրականության տվյալների Հայոց ցեղասպանության, ինչպես նաև արտագաղթի հետևանքով հայ բնակչության թվաքանակը շարունակաբար նվազել է: Օսմանյան իշխանությունների հայահալած քաղաքականության հետևանքով հազարավոր հայեր ստիպված թողնում էին իրենց հայրենիքը՝ ապաստան փնտրելով Ռուսական կայսրությունում (Արևելյան Հայաստան և Կովկաս՝ մոտ 100 000 մարդ), Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում և Եվրոպայի երկրներում (մոտ 200,000 մարդ), ինչպես նաև Աֆրիկայի և Ասիայի տարբեր երկրներում: Ցեղասպանության արդյունքում դաժանաբար սպանվեց ավելի քան 1,5 միլիոն հայ: Արդյունքում ամայացան Արևմտյան Հայաստանի և Օսմանյան կայսրության հայաբնակ վայրերը:*

19-րդ դարի սկզբից պատմական Արևելյան Հայաստանի տարածքները ռուս-պարսկական և ռուս-թուրքական պատերազմների արդյունքում աստիճանաբար միացել են Ռուսական կայսրությանը, արդյունքում Արևելյան Հայաստանի բնակչությունը մոտ մեկ դար ապրել է Ռուսական կայսրության կազմում: 1831 թ.-ին Արևելյան Հայաստանում ապրում էր 161,7 հազար մարդ: Առաջին ռուսական մարդահամարն անցկացվել է 1897 թ.-ին, ըստ որի Արևելյան Հայաստանի Երևանի նահանգում բնակչության ընդհանուր թիվը հասել է 798 հազարի, իսկ Կարսի մարզում՝ 73 հազարի: Խաղաղ և բնական աճի համար նպաստավոր պայմաններում 1913-ին բնակչության թիվը կազմել է 1,01 մլն, 1831թ.-ի համեմատությամբ ավելանալով 6,2 անգամ: Այդ տարիներին բարձր է եղել ծնելիությունը, ուստի և տարբեր սեռի երեխաներ ունենալու հնարավորությունը:

*1918թ. Ռուսական կայսրության փլուզման արդյունքում Արևելյան Հայաստանում վերականգնվեց հայկական պետականությունը, Արևմտյան Հայաստանից և Հարավային Կովկասի տարբեր շրջաններից Հայաստան տեղափոխվեց շուրջ 302 հազար հայ: Պետականության վերականգնումը և տնտեսության վերելքը բարենպաստ նախադրյալներ ստեղծեցին բնակչության բնական աճի համար: Սակայն այն երկար չտևեց: 1920 թվականին տեղի ունեցած հայ-թուրքական պատերազմի, սովի, դեպի Ռուսաստան արտագաղթի հետևանքով բնակչության թիվը դարձյալ նվազեց, հասնելով 720 հազարի:*

Խորհրդային ժամանակաշրջանում Հայաստանի բնակչությունն արագորեն աճել է, հիմնականում՝ ծնելիության բարձր մակարդակի և մահացության աստիճանական նվազման շնորհիվ: 1940-ին ՅՍՄՀ-ում բնակչության բնական աճի ցուցանիշը կազմել է 27,4‰: Սակայն այն խիստ նվազեց Հայրենական պատերազմի տարիներին: Հետպատերազմյան շրջանում ծնելիությունը բարձրացավ և 1987թ. բնակչության թիվը հասավ 3.411,9 հազարի: Դժբախտաբար, Հայաստանում վերջին երեք տասնամյակների ընթացքում տեղի ունեցան այնպիսի իրադարձություններ, որոնք անդարձ ազդեցություն թողեցին երկրի ժողովրդագրական իրավիճակի վրա:

1988թ. երկրաշարժի հետևանքով ավերվեց երկրի գրեթե ողջ հյուսիսային հատվածը, որտեղ ապրում էր մոտ 1 մլն մարդ: Երկրաշարժի զոհերի թիվը՝ շուրջ 25 հազար էր: Աղետի գոտուց տարահանվեց 120 հազար մարդ (կանայք, ծերեր և երեխաներ), որոնցից 75 հազարը՝ Յայաստանից դուրս: Հազարավոր երիտասարդներ և վերարտադրողական տարիքի մարդիկ զոհվեցին Արցախում՝ հայ-ադրբեջանական հակամարտության հետևանքով: Յայաստանի Հանրապետությունն իր ավելի քան 30 տարվա անկախ պետականության գոյության ընթացքում ունեցավ սոցիալ-տնտեսական մի քանի ճգնաժամ, ներառյալ ներկայիս՝ 2020 թ.-ից սկսված կորոնավիրուսով և պատերազմով պայմանավորված ճգնաժամը՝ ժողովրդագրական ցուցանիշների վրա իրենց բոլոր դրսևորումներով: Բնակչության ցածր կենսամակարդակի, ֆինանսական դժվարությունների և լարված քաղաքական մթնոլորտի արդյունքում ավելացավ վերարտադրողական տարիքի բնակչության արտագաղթը: Արտագաղթի հետևանքով հանրապետության բնակչության թիվը նվազեց շուրջ 800 հազարով:

Ծնելիության անկման, մահերի ավելացման և արտագաղթի հետևանքներով Յայաստանի բնակչության թիվը զգալի նվազեց: Ըստ 2011թ.-ի մարդահամարի տվյալների, Յայաստանի մշտական բնակչությունը կազմել է 3,213 հազար (1987 թ.-ին բնակչության թիվը եղել է 3,411,9 հազար): ՀՀ ՎԿ տվյալների համաձայն մշտական բնակչության թիվը 2022 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ արդեն կազմել է 2,961.0 հազար:

Պատերազմով և համաճարակով պայմանավորված կորուստների հետևանքով, Ծնելիության ցուցանիշի անկման ֆոնի վրա 2020թ. Յայաստանում գրանցվեց բնական աճի գրեթե զրոյական մակարդակ, իսկ մի շարք մարզերում արձանագրվեց բացասական բնական հավելած (Լոռի, Տավուշ, Սյունիք և Վայոց Ձոր):

Եթե այս պայմաններում շարունակվի նվազել իգական սեռի երեխաների և վերարտադրողական տարիքի կանանց թիվն ու ավելանա արտագաղթը՝ ապա երկիրը կկանգնի բնական դեպոպուլյացիայի և ժողովրդագրական ճգնաժամի եզրին: Յայաստանի հիմնական ժողովրդագրական ցուցանիշների վերջին տասնամյակների դինամիկան վկայում է ասվածի մասին:

Ժողովրդագրական այս բարդ իրավիճակում, երբ ընտանիքները սահմանափակում են իրենց երեխաների թիվը, էլ ավելի արդիական են դարձել ՊՄՊԻՆ ընտրության, նորածինների սեռերի անհամամասնության և դրանցով պայմանավորված իգական սեռի բնակչության թվաքանակի շարունակական նվազման խնդիրները:

## ՈՐԵՐԱ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻՆ

*Բուժաշխատողները կարևոր դերակատարում կարող են ունենալ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման և ազգաբնակչության դեպոպուլյացիայի մարտահրավերների հաղթահարման հարցերում:*

*Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տվյալների<sup>38</sup>, Յայաստանում գործում են 683 ընտանեկան բժիշկներ, 877 մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, 1680 ընտանեկան բուժքույրեր և 1041 մանկաբարձուհիներ: Դրանց ընդհանուր թիվը՝ 4,281 է: Եթե յուրաքանչյուրս կարողանա մեկ տարում պտղի սեռով պայմանավորված առնվազն 5 արբոտ կանխել, ապա շուրջ 20,000 աղջիկ երեխա ավել կծնվի, աստիճանաբար կվերականգնվի նորածինների սեռերի միջև բնական հավասարակշռությունը և կմեղմանան բնական դեպոպուլյացիայի մարտահրավերները:*

<sup>38</sup> «Առողջություն և առողջապահություն» ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ վիճակագրական տարեգիրք, 2021թ., Երևան

**ՄՈԴՈՒԼ 2. Թեմա՝ Հղիության արհեստական ընդհատումների, այդ թվում՝ սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանը վերաբերող ազգային քաղաքականությունը և օրենսդրական կարգավորումները: Պտղի սեռով պայմանավորված ապօրինի աբորտները, ինքնուրույն հրահրված հղիության ընդհատումները և դրանց էթիկական ու գենդերային ասպեկտները:**

Պարապմունք N 6. Տեսական

▶ Ազգային քաղաքականության և իրականացված ծրագրերի արդյունավետությունը, ներկայիս մարտահրավերները

Հայաստանում պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների խնդրի մասին առաջին անգամ բարձրաձայնվեց ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմադրամի կողմից 2011 թվականին: Հաջորդիվ, 2013 թ. Եվրոպայի խորհրդի Մարդու իրավունքների գլխավոր հանձնակատարի կողմից պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման խնդիրը գնահատվեց խնդրահարույց և Հայաստանին ու տարածաշրջանային մի շարք երկրների հանձնարարվեց անհապաղ միջոցներ ձեռնարկել իրավիճակի բարելավման համար<sup>39</sup>:

Հայաստանի հանրությունը իրագեկվեց սեռով պայմանավորված պտղի խտրական ընտրության հետևանքով նորածինների սեռերի խախտված հարաբերակցության խնդրի մասին, սակայն քաղաքականության պատասխանատուների և մասնագիտական շրջանակներում հիմնախնդրի պաշտոնական ճանաչումը տևեց շուրջ 4 տարի: Խնդրի ճանաչմանը հաջորդեց դրա ներառումը Մոր և մանկան առողջության պահպանման և Գենդերային բռնության դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագրերում:

2014 թ. Կառավարությունն ընդունեց սեռով պայմանավորված պտղի խտրական ընտրության և սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտությունը և համապատասխան գերատեսչություններին վարչապետի կողմից տրվեց հանձնարարական՝ խնդրին արագ անդրադարձնալու և միջոցներ ձեռնարկելու վերաբերյալ:

Միջսեկտորալ ակտիվ համագործակցությամբ, 2014 թ. մշակվեց և Կառավարության կողմից հաստատվեց իրավիճակի բարելավմանն ուղղված 2015-2017 թթ. Գործողությունների ծրագիրը, որի շրջանակներում 2016թ. հունիսին Ազգային ժողովի կողմից հաստատվեց սեռով պայմանավորված աբորտների արգելման վերաբերալ Կառավարության կողմից ներկայացված օրենսդրական փոփոխության փաթեթը՝ այդպիսով ազգային քաղաքականության մակարդակով կատարելով պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության վերաբերյալ Եվրոպայի խորհրդի խորհրդարանական վեհաժողովի թիվ 1829 բանաձևում տեղ գտած միջազգային պարտավորությունը:

Պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման ոլորտում պետական քաղաքականության, ինչպես նաև միջազգային ու հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրերի մշտադիտարկման զեկուլյցները արձանագրում են, որ Հայաստանը խնդրի կարգավորման նպատակով որդեգրել է համապարփակ քաղաքա-

<sup>39</sup> Պտղի սեռի խտրական ընտրության վերաբերյալ Եվրոխորհրդի խորհրդարանական վեհաժողովի թիվ 1829 բանաձև

կանություն՝ օրենսդրական սահմանափակումների և իրավական կարգավորման նախաձեռնությունները զուգորդվելով հասարակության իրազեկմանը, աղջիկ երեխայի արժևորմանը, խտրականության ու կարծրատիպերի փոփոխմանը, մարդկային կապիտալի և ինստիտուցիոնալ կարողությունների ձևավորմանն ուղղված միջոցառումներով:

- ▶ **Յրիության արհեստական ընդհատումների, այդ թվում սեռով պայմանավորված աբորտների նվազեցմանն ուղղված աշխատանքները առողջապահության ոլորտում.**

Առողջապահության նախարարության օրենսդրական նախաձեռնությամբ 2016թ. փոփոխություններ են կատարվել «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 10-րդ հոդվածում, որում ամրագրվել է սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման արգելքը: Օրենքով նաև սահմանվել են հղիության սելեկտիվ աբորտների կրճատմանն ուղղված լրացուցիչ կարգավորումներ և մեխանիզմներ:

Նոր օրենքի ընդունումից հետո, դրա իրականացումն ապահովելու համար, մշակվել և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից 23.02.2017 թ. հաստատվել է «Յրիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» N180-Ն որոշումը, որով առավել հստակեցվել են հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումները, իրականացման կարգն ու պայմանները: Կարգում ևս մեկ անգամ ամրագրվել են լրացուցիչ մեխանիզմներ, ուղղված ՊՍԽ ընտրության կանխարգելմանը (դիմելու գրավոր ընթացակարգ, նախաաբորտային խորհրդատվություն, տեղեկացված համաձայնություն, սպասելու ժամանակահատված և այլն)

Օրենքի և Կառավարության որոշման նոր դրույթներին համահունչ մշակվել և ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվել են օրենքի և կառավարության որոշման կիրարկման մեխանիզմների ներդրմանն ուղղված նորմատիվ իրավական և գերատեսչական մի շարք փաստաթղթեր:

Վերոնշյալ փաստաթղթերը Առողջապահության նախարարության կողմից ուղարկվել են ծննդագնության ծառայություններ մատուցող բոլոր բժշկական հաստատություններին և նրանց հիմնադիրներին՝ ի կատարումն: Նշյալ իրավական ակտերի դրույթները ներառվել են բուժաշխատողների վերապատրաստման տարբեր ուսուցողական ծրագրերում և ներկայացվել մասնագետներին:

Միաժամանակ, իրականացվել են միջոցառումներ՝ ուղղված բուժաշխատողների մասնագիտական հմտությունների բարելավմանը: Կազմակերպվել են սեմինարներ ծննդագնության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հաստատություններում հղիներին նախաձեռնության խորհրդատվություն տրամադրող բուժաշխատողների համար՝ սեռի որոշման տեխնոլոգիաների կիրառման էթիկական խնդիրների վերաբերյալ, մշակվել և հրատարակվել է ձեռնարկ՝ ծննդագնության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հաստատությունների աշխատակիցների, այդ թվում՝ երեխայի սեռը որոշելու նպատակով ուլտրաձայնային հետազոտություն կատարող անձնակազմի և գինեկոլոգների համար:

Ոլորտային միջոցառումներից զատ, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ մշակվել և միջսեկտորալ համագործակցությամբ իրականացվել են պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելմանն ուղղված այլ ծրագրային միջոցառումներ, այն թվում հանրային իրազեկման լայնածավալ քարոզչական աշխատանքներ՝ բուժաշխատողների, պետական կառույցների, միջազգային կազմակերպությունների և տեղական հասարակական կազմակերպությունների մասնակցությամբ:

### ► Ծրագրային արդյունքները և ներկայիս մարտահրավերները

ՊՍԽԸ դեմ պայքարի շրջանակներում իրականացված համալիր միջոցառումների արդյունքում սելեկտիվ աբորտների հիմնախնդրի հաղթահարման գործընթացում արձանագրվել են զգալի դրական արդյունքներ: Այսպես, եթե 2008-2012թթ. ժամանակահատվածում ծնվածների մեջ ՆՍՀ միջին ցուցանիշը կազմել է 100:115,0 ապա հաջորդիվ, այն յուրաքանչյուր տարի միջինում կրճատվել է 1 միավորով (2014թ.՝ 100:113.4, 2015թ.՝ 100:112.7, 2016թ.՝ 100:111.9, 2017 թ.՝ 100/109.8), 2021 թ-ին հասնելով՝ 100:108.8-ի, ինչը ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր տարի՝ նախորդ տարվա համեմատ, շուրջ 200, իսկ 10 տարիների կուտակային ցուցանիշի առումով՝ 6000-ից ավելի աղջիկ է ծնվել <sup>40</sup>:

2012 թ. կանխատեսվում էր, որ շուրջ 25 տարի կպահանջվի, որպեսզի նորածինների սեռերի հարաբերակցության գործակիցը ՀՀ-ում վերադառնա բնական մակարդակի: Մինչդեռ մինչև 2022թ. արձանագրված առաջընթացը զգալիորեն գերազանցել է ակնկալիքները: Մինևույն ժամանակ, չնայած կայուն միտումներին, այդ դաշտում դեռևս առկա էր դրական արդյունքի զգալի ռեգերով, քանզի ՆՍԱ ցուցանիշը շարունակում էր 3 միավորով գերազանցել նորածինների սեռերի բնական հարաբերակցության՝ 100:106 վերին շեմը:

Ակներև է, որ արձանագրված ձեռքբերումը հնարավոր է կարճ ժամանակում կորցնել՝ եթե հետագայում չշարունակվեն ծրագրային միջոցառումները: Ասվածի ապացույցը ՆՍՀ 2022 թվականի ցուցանիշն է՝ 100:112, ինչը նահանջ է ևս 3 միավորով: Այս իրավիճակում հետագա դրական զարգացումների համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ ջանքեր և ռեսուրսներ՝ ուղղված ինչպես, օրենսդրական և ինստիտուցիոնալ փոփոխությունների կայացմանը, այնպես էլ, հանրային իրազեկման աշխատանքների իրականացմանը, անխոս՝ միջգերատեսչական և միջսեկտորալ արդյունավետ համագործակցության պայմաններում:

Բուժաշխատողների ներգրավումը ՊՍԽԸ դեմ պայքարի գործընթացում, նրանց կատարողականի բարձրացումը, գիտելիքների և խորհրդատվական հմտությունների բարելավումը ու արդյունքում նաև մասնագիտական վարքագծային փոփոխությունները կարող են սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման լրացուցիչ ռեգերով լինել և նպաստել ծրագրային միջոցառումների դրական արդյունքների ապահովմանը:

<sup>40</sup>Փորձագիտական գնահատական՝ հիմնված ցուցանիշի հետհաշվարկի վրա





Տեսաֆիլմի ցուցադրում և ամփոփիչ դիտարկումներ՝ «Եթե ես ծնվեի.....»

<https://armenpress.am/arm/news/885751/g-hayastanum-serov-paymanavorvats-hxiutyar-arhestakan.html>

Պարապմունք N 7. Գործնական



**Պատկերացումների պարզաբանում**

▶ **Վարժանքի նպատակը.**

խմբային աշխատանքի և ինտերակտիվ քննարկումների միջոցով պարզաբանել բուժաշխատողների պատկերացումները նորածինների սեռի անհամամասնության և նախաձննդյան փուլում սեռի ընտրությունը պայմանավորող գործոնների և ժողովրդագրական հետևանքների մասին:

▶ **Վարժանքի նկարագիրը.**

Դասընթացի մասնակիցները բաժանվում են 2 խմբի: Յուրաքանչյուր խումբ քննարկում է երկուական թեմատիկ հարցադրում:

⇒ **խումբ 1**

- ▶ Ընդունելի՞ է արդյոք սելեկտիվ աբորտների արգելքը, եթե.
- ▶ այո, ապա ինչպիսի հիմնավորումներով
- ▶ ոչ, ապա ինչպիսի հիմնավորումներով
- ▶ Ինչպիսի՞ ժողովրդագրական հետևանքներ կարող է ունենալ նորածինների սեռի անհամամասնությունը:

⇒ **խումբ 2**

- ▶ Որո՞նք են սեռի ընտրության հնարավորությունը պայմանավորող բժշկական գործոնները
- ▶ Ինչո՞վ է պայմանավորված տղաների նախապատվությունը Հայաստանում:

Արդյունքների ամփոփում՝

Յուրաքանչյուր խմբի կողմից ընտրված զեկուցողը գրի է առնում և ընդհանուր լսարանին ներկայացնում է խմբի պատկերացումները քննարկվող թեմաների վերաբերյալ: Լսարանում ծավալվում է ինտերակտիվ քննարկում, որի հիմնական արդյունքները ամփոփվում և արձանագրվում են:

▶ **Հիիության արհեստական ընհատումներին, այն թվում սելեկտիվ աբորտին առնչվող օրենսդրական կարգավորումները և նորմատիվ ակտերը Հայաստանում**

Սելեկտիվ աբորտների վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրությունը հանրապետությունում բացակայում է: Այն առկա է ընտրանքային հետազոտությունների գեկոլյցներում (ըստ ՀԺԱՀ 2015-2016 թթ. հետազոտության տվյալների, հիիությունը ընդհատելու պատճառների մեջ կանանց 7,7 տոկոսը նշել է պտղի սեռը, 2010թ. նույն հետազոտությամբ՝ 9%): Պաշտոնական տվյալների բացակայությունը տրամաբանված է այն հանգամանքով, որ, հիիության այդօրինակ ընդհատումները օրենսդրորեն չեն կարող ձևակերպվել, քանզի դրանք հիմնականում կատարվում են 14-15 շաբաթական ժամկետում (երբ առավել հավաստի է պտղի սեռի որոշելը), ինչը արգելված է օրենքով, հետևաբար ձևակերպվում են որպես աբորտ կատարված՝ «բժշկական ցուցումներով» կամ կատարված «մինչև 12 շաբաթական ժամկետը»: Վերջինիս դեպքում աբորտը «կնոջ կամքով» է և պատճառը կարող է չնշվել:

Ըստ եուբայան, թեն նախկինում օրենսդրությամբ ամրագրված չի եղել սելեկտիվ աբորտի արգելքը և գործող օրենսդրական կարգավորումների շրջանակներում այն օրինական ճանապարհով կատարել հնարավոր չէր, սակայն դրա հետևանքները ակնհայտորեն արտացոլվում են նորածինների սեռերի համամասնության ցուցանիշում, ինչը հնարավորություն է տալիս պաշտոնական վիճակագրությամբ մշտադիտարկել պտղի սեռով պայմանավորված հիիության արհեստական ընդհատման երևույթի դրսևորումը: Նորածինների սեռերի հարաբերակցությունը այդ երևույթի տարածվածության գնահատման անուղղակի ցուցիչ է:

▶ **Հիիության արհեստական ընդհատումներին, այն թվում պտղի սեռի խտրական ընտրությամբ պայմանավորված, առնչվող օրենսդրական կարգավորումները**

Պտղի սեռի խտրական ընտրության խնդիրներին և/կամ կանխարգելմանն առնչվող օրենսդրական կարգավորումները արտացոլված են հետևյալ իրավական ակտերում<sup>41</sup>.

1. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» 2002 թ. ՀՀ օրենքը, 2016թ. կատարված լրացումներով:
2. ՀՀ օրենքը «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգրքում<sup>42</sup> լրացումներ կատարելու մասին», 2016 թ.
3. ՀՀ Քրեական օրենսգիրքը, 2003 թ., 122 հոդված,
4. «Հիիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» 23.02.2017թ. N 180 – Ն որոշումը;

Աբորտներին, այն թվում սելեկտիվ աբորտներին են վերաբերում նաև առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված մի շարք գերատեսչական ակտեր, որոնց կատարումը ևս պարտադիր է պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների համար<sup>43</sup>: Այն է.

<sup>41</sup> Հայաստանի Հանրապետության իրավական ակտերի պաշտոնական տեղեկագիր, <https://www.arlis.am/>

<sup>42</sup> <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=73129>

<sup>43</sup> ՀՀ Առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայք, իրավական ակտեր, <https://moh.am/#1/900002>

- ▶ «Հղիության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ընթացակարգը, հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտի ձևը, հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտի լրացման կարգը և պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի կանխարգելման խորհրդատվական թերթիկը հաստատելու մասին» ՀՀ ԱՆ 27.12.2018 թ. թիվ 3403 - Ա հրամանը,
- ▶ «Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում համապարփակ բուժօգնության ու խնամքի կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ ԱՆ 28.02.2020 թ. թիվ 2949–Լ հրամանը<sup>44</sup>
- ▶ Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հղիության պլանավորման նպատակով հետազոտման և խորհրդատվության կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին ՀՀ ԱՆ 06.02.2020 թ. թիվ 464 – Լ հրամանը
- ▶ 2016թ. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածում կատարվել են լրացումներ և փոփոխություններ.

1. օրենսդրորեն արգելվել են սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումները<sup>45</sup>,
2. սահմանվել են հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատմանն ուղղված օրենսդրական լրացուցիչ կարգավորումներ և մեխանիզմներ (տես Հավելված 1.)

Նույն օրենքի 11-րդ հոդվածը («Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը») 2021թ. լրացվել է նոր դրույթով, այն է.

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման դեպքում ապագա երեխայի սեռը պլանավորել չի թույլատրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականություն, կամ ընտանիքն ունի նույն սեռի 3 երեխա: (11-րդ հոդվածը փոփ. 21.03.12 ՀՕ-85-Ն, լրաց. 04.06.21 ՀՕ-264-Ն)

- ▶ «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգիրքում սահմանվել է նոր դրույթ, որի համաձայն. հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական գործելակարգի շրջանակներում օրենքով նախատեսված դրույթների (անվճար նախա և հետաբորտային խորհրդատվություն չտրամադրելը, վերջնական որոշում կայացնելու համար օրենքով նախատեսված ժամանակահատված չտրամադրելը) չկատար ման համար սահմանվել են վարչական տույժեր:

<sup>44</sup> <https://www.moh.am/uploads/2949havelvac.pdf>

<sup>45</sup> Օրենքով սելեկտիվ աբորտի արգելքի ամրագումը ենթադրում է, որ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման փաստը դիտարկվում է որպես ապօրինի աբորտ, որի համար Քրեական օրենսգրքի 122 հոդվածով նախատեսված է պատիժ` «...տուգանք նվազագույն աշխատավարձի առավելագույնը հարյուրապատիկի չափով, կամ կալանք՝ առավելագույնը մեկ ամիս ժամկետով՝ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկելով՝ առավելագույնը երեք տարի ժամկետով»:

- ▶ **Հիօության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին»** ՀՀ կառավարության 23.02.2017 թ. N 180-Ն որոշմամբ<sup>46</sup> հստակեցվել են հիօության արհեստական ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումները, իրականացման կարգն ու պայմանները, ներդրման մեխանիզմները: Կառավարության որոշման մեջ անդրադարձ է կատարված նաև աբորտների հետ կապված պացիենտ/բժիշկ իրավահարաբերություններին, նրանց պարտականություններին և իրավունքներին:
- ▶ ՀՀ առողջապահության նախարարի 27.12.2018 թ. թիվ 3403–Ա հրամանը՝ «**Հիօության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ընթացակարգը, աբորտի բժշկական քարտը և լրացման կարգը, ինչպես նաև սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանն ուղղված խորհրդատվական թերթիկը**» հաստատելու մասի ներկայացված է սույն մոդուլի հավելվածում 1-ում: Վերջինիս ներդրումը առողջապահական միասնական էլեկտրոնային համակարգում կնպաստի օրենսդրորեն սահմանված նորմերի կիրարկման արդյունավետության բարձրացմանը, աբորտների կազմակերպման գործընթացի թափանցիկության և դրանց գրանցման բարելավմանը, հետևաբար նաև կոռուպցիոն ռիսկերի կրճատմանը:

Չնայած այս ամենին, չկան տվյալներ բուժհաստատությունների մակարդակով աբորտների կազմակերպման ընթացակարգի և սահմանված իրավական նորմերի պահանջների պահպանման վերաբերյալ: Չի կատարվել վերջիններիս կիրարկման արդյունավետության գնահատում, չի իրականացվում մոնիտորինգ՝ օրենքի պահանջների նկատմամբ:

**Պարասպուլս N 9. Տեսական՝ ինտերակտիվ ընթացակարգով**

▶ Առավել հաճախ տրվող հարցեր պտղի սեռով պայմանավորված ապօրինի աբորտների և կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրված հիօության ընդհատումների վերաբերյալ:

⇒ Առողջապահության ոլորտի մասնագետները առանցքային դեր ունեն սեռով պայմանավորված հիօության արհեստական ընդհատումների և դրանց բարդությունների ու ժողովրդագրական հետևանքների կանխարգելման հարցերում: Բուժաշխատողները՝ բնակչության իրազեկման և վերարտադրողական վարքագիծը վերափոխելու հնարավորություն ունեցող հիմնական տեղեկատուներն են: Նրանք պետք է հստակ իմանան իրենց իրավունքները և պարտականությունները, տեղեկացված լինեն խնդրի հետ կապված բոլոր պատճառահետևանքային գործոնների մասին և կարողանան պատասխանել բնակչության հարցերին:

**Առավել հաճախ տրվող հարցեր և պատասխաններ.**

- ▶ **Ինչ՞ է աբորտը և ինչով՞ է այն տարբերվում վիժումից**

Աբորտը՝ հիօության ընդհատումն է, պտուղի հեռացումը կնոջ արգանդից նախքան այն կկարողանա ինքնուրույն կենսագործունեություն ծավալել մոր արգանդից

<sup>46</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=111980>

դուրս: Այն կարող է տեղի ունենալ բնական կամ արհեստական ճանապարհով: Հղիության բնական ընդհատումը կոչվում է ինքնաբեր վիժում: Իսկ հղիության կանխամտածված ընդհատումը կոչվում է արհեստականորեն խթանված վիժում կամ հղիության արհեստական ընդհատում (աբորտ): Հայաստանում «աբորտ» տերմինն օգտագործում են նկարագրելու համար միայն խթանված տեսակը, իսկ «վիժում» տերմինը օգտագործում են հղիության բնական ընդհատման մասին խոսելիս: Կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրված հղիության ընդհատումը նույնպես արհեստական է համարվում, և թեև դեղորայքի կիրառմամբ աբորտի այս տեսակը, մեծ տարածում ունի, այն հազվադեպ է գրանցվում:

► **Ինչու՞ են կանայք արհեստական ճանապարհով ընդհատում հղիությունը**

Կանայք հիմնականում ընդհատում են հղիությունը, եթե այն իրենց համար ցանկալի չէ: Հայաստանում յուրաքանչյուր կին, մինչև հղիության 12-րդ շաբաթը, իր ցանկությանը կարող է ազատվել անցանկալի հղիությունից: Աբորտը կարող է կատարվել նաև սոցիալական կամ բժշկական ցուցումներով ավելի ուշ ժամկետներում (մինչև 22-րդ շաբաթականը): Նախածննդյան փուլում պտղի սեռը պարզելու տեխնոլոգիական հնարավորությունները նպաստեցին պտղի իգական սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատումներին, ինչը արգելված է օրենքով և համարվում է ապօրինի:

► **Հղիության ո՞ր ժամկետներում է հնարավոր որոշել պտղի սեռը և օրինական ճանապարհով ընդհատել հղիությունը**

Հայտնի է, որ կանանց մեծամասնությունը փորձում է որոշել պտղի սեռը ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով, որը հնարավոր է ճշգրտորեն ասել հիմնականում հղիության 14-15 շաբաթական ժամկետներում, երբ առավել հստակ են երևում արական և իգական սեռի պտուղների սեռական օրգանների տարբերությունները: Մինչդեռ, ՀՀ օրենսդրությամբ Հայաստանում կնոջ կամքով հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրվում է իրականացնել մինչև 12 շաբաթական ժամկետը, իսկ ավելի ուշ ժամկետներում աբորտը կարող է օրինական կատարվել միայն բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներով՝ հանձնաժողովային որոշման հիման վրա, բայց ոչ ուշ հղիության 22 շաբաթական ժամկետից:

► **Ովքե՞ր և ինչ՞ պայմաններում կարող են կատարել հղիության արհեստական ընդհատումը.**

Օրենքով սահմանված կարգով հղիության արհեստական ընդհատումը, այդ թվում դեղորայքայինը, կարող է իրականացվել բացառապես մանկաբարձ-գինեկոլոգիական հիվանդանոցային հաստատություններում՝ համապատասխան որակավորում ունեցող բժշկի կողմից: Այլ պայմաններում, օրենքի պահանջների խախտմամբ (նույնիսկ բժշկի կողմից) հղիության 12 շաբաթական ժամկետից հետո, առանց օրենսդրորեն սահմանված ցուցումների կատարված աբորտը համարվում է «ապօրինի»:

► **Ովքե՞ր են տալիս բժշկական ցուցումով աբորտի թույլտվությունը**

Բժշկական ցուցումով աբորտի թույլտվության վերաբերյալ որոշումը կայացվում է հանձնաժողովային կարգով, որի կազմի մեջ մտնում են՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգիական ծառայության/բաժանմունքի ղեկավարը, հղիությունը վարող մանկաբարձ-գինեկոլոգը, ինչպես նաև այն մասնագետը, որի գործունեության ոլորտին վերաբերվում է հղի կնոջ

հիվանդությունը կամ ախտաբանական վիճակը: Հղիության ընդհատման բժշկական քարտում պետք է առկա լինի ախտորոշման հիմնավորումը հաստատող բժշկական փաստաթուղթը՝ կցված հանձնաժողովի որոշման արձանագրությանը:

► **Ինչպիսի՞ն է պետության դիրքորոշումը աղջիկների և կանանց հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դրսևորումներին.**

Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարությունը և խտրականության արգելքը ամրագրված են ՀՀ սահմանադրությամբ (Հոդվածներ 29 և 30): Հայաստանը Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին կոնվենցիան վավերացրել է 1993թ.-ին: Այն հստակ սահմանում է «խտրականություն» եզրույթը և մատնանշում հասարակության մեջ անհատական ու քաղաքացիական առավել հավասարակշռված իրավունքներ ստեղծելու անդամ պետությունների պարտավորությունները: Հայաստանը ստորագրել է Բնակչության և զարգացման հարցերին նվիրված Կահիրեի միջազգային խորհրդաժողովի գործողությունների ծրագիրը, որով հանձն է առել վերացնել աղջիկ երեխաների նկատմամբ խտրականությունը՝ այդ թվում տղաներին տրվող նախապատվությունը:

► **Ովքեր՞ են ընտանիքում պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդատումների որոշում կայացնողները.**

APR Group ՀԿ-ի կողմից ՄԱԲՀ-ի աջակցությամբ 2020-2021 թթ. իրականացված սոցիոլոգիական հետազոտության արդյունքների համաձայն կանանց 54%-ը հղիության ընդհատման որոշումը կայացրել է ամուսնու կամ զուգընկերոջ հետ միասին, իսկ 4%-ը՝ ամուսնու կամ ծնողների թելադրանքով: Հղիությունն ընդհատելու որոշումը միայնակ են կայացրել հարցվողների 20%-ը:

► **Որոնք՞ են ապօրինի աբորտների և ինքնուրույն հրահրված վիժումների դրդապատճառները**

Պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրություն կատարած կանայք օրենսդրական արգելքների պատճառով և/կամ գաղտնիության պահպանման նպատակով փորձում են ազատվել անցանկալի հղիությունից մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բուժաշխատողների օգնությամբ՝ արտահիվանդանոցային, հաճախ անապահով պայմաններում: Նման կարգի աբորտների համար անհրաժեշտ է լինում վճարել բավականին մեծ գումար, իսկ դրա անհնարինության դեպքերում որոշ կանայք ինքնուրույն են փորձում ազատվել անցանկալի հղիությունից տարբեր մեթոդների, հիմնականում՝ դեղորայքի կիրառմամբ:

► **Ինչպիսի՞ն հետևանքներ կարող են ունենալ ապօրինի աբորտները և ինքնուրույն հրահրված վիժումները**

Ապօրինի կամ ինքնուրույն հրահրված անապահով աբորտը, ոչ միայն լույս աշխարհ գալու հնարավորությունից զրկված պտղի կորուստն է, այլ այն նաև վտանգում է կնոջ կյանքն ու առողջությունը: Հայտնի է, որ անապահով պայմաններում կատարված աբորտը կարող է արգանդի պատռվածքի, արյունահոսության, վարակի, ներքին օրգանների վնասվածքների և այլ բարդությունների, ինչպես նաև խրոնիկ բորբոքումների, երկրորդային անպտղության, կրկնվող վիժումների և վերարտադրողական համակարգի այլ հիվանդությունների պատճառ դառնալ:

- ▶ Ո՞ր ժամկետներում և ինչ մեթոդներով են կատարվում հղիության արհեստական ընդհատումներն առաջին և երկրորդ եռամսյակներում.

Պտղի սեռով պայմանավորված արժույթները սովորաբար իրականացվում են առաջին եռամսյակում՝ հղիության 13-14 շաբաթներում, երբեմն էլ երկրորդ եռամսյակում՝ մինչև 22 շաբաթական ժամկետը: Հղիության ընդհատումները իրականացվում են ինչպես դեղորայքային, այնպես էլ վիրահատական մեթոդներով:

- ▶ **ՀՀ օրենսդրությամբ, ինչպիսի սոցիալական ցուցումներ են սահմանված հղիության արհեստական ընդհատման համար.**

*ՀՀ օրենսդրությամբ հղիության արհեստական ընդհատման համար սահմանված սոցիալական ցուցումներն են.*

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

#### Պարապմունք N 10. Գործնական

*Սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները որպես ընտանիքում և հասարակության մեջ կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դրսևորում: Ինչպե՞ս բարելավել իրավիճակը:*

#### **Նպատակ.**

Բարելավել մասնակիցների իրազեկվածության մակարդակը առ այն, որ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները, ընտանիքում և հասարակության մեջ, կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դրսևորումներ են:

Բացահայտել մասնակիցների պատկերացումները հայ ընտանիքներում և հասարակության մեջ կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի փոփոխության ուղիների մասին:

#### **Ձևաչափ.**

Ֆիլմի դիտում, խմբային աշխատանք, ինտերակտիվ քննարկում և ամփոփում:



**Թեմատիկ տեսաֆիլմ՝** Սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները, որպես ընտանիքում և հասարակության մեջ կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի դրսևորում:

*«Բավական» տեսաֆիլմի դիտում և քննարկում, իրավիճակի բարելավման առաջարկությունների ներկայացում*

<https://vimeo.com/91055855>

Password: Bavakan54321

⇒ **Վարժանքի նկարագիրը.**

Տեսաֆիլմի դիտումից հետո մասնակիցները բաժանվում են 5 թեմատիկ խմբերի, որոնց առաջարկվում է մտաբերել իրենց շրջապատն ու նշել, թե գեղեցիկ է ինչ կարծրատիպեր կան, որ անհրաժեշտ է փոխել՝ սեռով պայմանավորված պտղի ընտրության պրակտիկան վերացնելու համար: Խմբային քննարկումների համար առաջարկվում են ստորև ներկայացված 5 թեմաները՝ իրենց օրինակներով:

- **Ընդունված մշակութային գործելակերպեր ու համոզմունքներ** – Օրինակ. համոզմունքներ այն մասին, որ միայն տղամարդիկ են ապահովում սերնդի շարունակությունն ու տոհմաճառի անունը. ավանդաբար առավել ընդունելի է այն փաստը, որ ժառանգությունն անցնում է տղամարդուն, օրինակ՝ «Տղա չունեցավ, ծովից մարեց», «Տղան ազգի շարունակողն է» և այլն., ինչպես նաև այն հանգամանքը, որ երեխաների ու տան մասին հոգ տանելը կնոջ առաջնային պարտականությունն է:
- **Ընտանիքում որոշումների կայացումը** – դիտարկել հետևյալ տարբերակը՝ կինը հնազանդ է ինչպես իր ամուսնուն, այնպես էլ իր սկեսուրին, տղամարդիկ գերիշխում են ընտանիքի պլանավորման ու որոշումների կայացման գործընթացում:
- **Տնտեսական հնարավորություններ** – քննարկել այն հանգամանքը, երբ երեխա ունենալուց հետո կանանց ստիպում են թողնել իրենց աշխատանքը՝ սահմանափակելով նրանց ապրուստ վաստակելու ներուժը, իսկ աշխատաշուկայում կանայք չեն դիտարկվում տղամարկանց չափ մրցունակ կամ կոմպետենտ:
- **Հայտնի լրատվամիջոցներ.** Դիտարկել հայտնի լրատվամիջոցների հնարավոր ազդեցությունը սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման և սեռի կանխորոշման հետ կապված հանրային կարծիքի ձևավորման վրա:
- **Օրենքներ և մշակված քաղաքականություն** – Օրինակ կարող է ծառայել օրենսդրական այնպիսի նորմերի քննարկումը, որով արգելվում է պտղի սեռի հայտնելը կամ պտղի սեռի նախաձևնդյան պլանավորումը, հոր կողմից երեխայի խնամքի արձակուրդ վերցնելը և այլն:

Այնուհետև, մասնակիցները բաժանվում են խմբերի՝ ըստ վերը նշված 5 թեմաների, ինտերակտիվ քննարկումների/մտազրոհի արդյունքների հիման վրա մշակում և ներկայացնում են իրենց առաջարկությունները բուժաշխատողների օգնությամբ ընտանիքներում և հասարակության մեջ կանանց և աղջիկ երեխաների հանդեպ խտրական վերաբերմունքի փոփոխության ու սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման ուղղությամբ:

Մտազրոհը խմբերում ընթանում է կարծիքների բարձրաձայնման և հակադրման ընթացակարգով, սակայն կոնսենսուսի գալու նախապայմանով: Մասնավորապես, վիճարկվող կարծիքների համադրմամբ խումբը հանգում է իրավիճակի բարելավմանն ուղղված լավագույն առաջարկի շուրջ մեծամասնության համաձայնության: Ամփոփ առաջարկները յուրաքանչյուր խումբ ներկայացնում է ընդհանուր լսարանում

⇒ **Արդյունքների ամփոփում.**

Բոլոր 5 խմբերի առաջարկությունները քննարկվելուց հետո մեկնաբանվում և ամփոփվում են դասընթացավարի կողմից: Անհրաժեշտ է շեշտադրել, որ մշակույթն ու ավանդույթները հասարակության ինքնության անբաժանելի մասն են կազմում: Միև-



նույն ժամանակ, նշել որ ավանդույթները և կարծրատիպերը նույնական չեն, վերջիններս ստատիկ բնույթ չեն կրում են, այլ փոփոխվում են ժամանակի ընթացքում: Վերջնական արդյունքում պնդել, որ ավանդույթն ու մշակույթը ոչ թե բացասական երևույթներ են, այլ բավարար են այնպիսի համոզմունքներ և կարծրատիպեր վեր հանելու համար, որոնք իրականում վնասաբեր են տղամարդու ու կնոջ համար, ինչպես նաև՝ վիճարկել դրանք:

### Պարապմունք N 11. Տեսական

▶ **Ինովացիոն լաբորատոր և վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օգնությամբ պտղի սեռի խտրական ընտրությունը՝ բժշկական Էթիկայի տեսանկյունից:**

Բժշկագիտության զարգացման ներկա փուլում ակտուալ են վերարտադրողական նոր տեխնոլոգիաների և Էթիկայի համադրելիության հարցերը: Վերջին տարիներին նման տեխնոլոգիաներն ավելի մեծ տարածում են գտնում, զարգանում են ավելի արագ տեմպերով և գնալով դառնում ավելի մատչելի: Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաները(ՎՕՏ) պացիենտներին ավելի հուսալի տեղեկություններ են տրամադրում իրենց ապագա երեխայի հատկանիշների վերաբերյալ:

Նախաիմպլանտացիոն գենետիկական ախտորոշման մեթոդը (ՆԳԱ) ի սկզբանե մշակվել է այն պացիենտների համար, որոնց դեպքում բարձր է՝ գենետիկական լուրջ խնդիրներով երեխա ունենալու հավանականությունը, հնարավորություն ընձեռելով ախտորոշել և կանխել սեռի հետ փոխկապակցված հիվանդություններով երեխաների ծնունդները: Այս հիվանդությունները, որոնցով տառապում են գերազանցապես տղաները, պայմանավորված են X-քրոմոսոմի մուտացված դոմինանտ գեներով, երբ առողջ Y-քրոմոսոմը ի զորու չէ հակակշռելու խաթարված X-քրոմոսոմը, որի արդյունքում հիվանդությունը տղա երեխայի պարագայում արտահայտվում է:

ՆԳԱ-ն հնարավորություն է տալիս խուսափել X-քրոմոսոմով պայմանավորված ժառանգական մի շարք ծանր հիվանդություններից, այդ թվում՝ Դյուչենի մկանային դիստրոֆիայով, հեմոֆիլիայով, գունային կուրությամբ տառապող երեխաների ծնունդից:

Նախաբեղմնավորման փուլում երեխայի սեռի կանխորոշման մյուս տեխնոլոգիան սպերմայի տեսակավորումն է կամ հոսքի բջջաչափումը (flow cytometry), որը հնարավորություն է տալիս առանձնացնել X-քրոմոսոմ պարունակող սերմնաբջջիչները Y-քրոմոսոմ պարունակողներից, քանի որ դրանց կշիռները շուրջ 2,8%-ով տարբեր են:

Վերջին տասնամյակում, նախածննդյան փուլում պտղի սեռի ընտրության Էթիկական և գենդերային ասպեկտները միջազգային մասնագիտական հանրության բազմամակարդակ քննարկումների թեմա է: Մանկաբարձների և գինեկոլոգների Ամերիկյան Քոլեջը<sup>47</sup> (ACOG), Վերարտադրողական առողջության ամերիկյան ընկերակցությունը<sup>48</sup> (ASRM), Գինեկոլոգների և մանկաբարձների միջազգային ֆեդերացիան<sup>49</sup> (FIGO) կողմ չեն առանց բժշկական ցուցման, սեռի ընտրության նպատակով բուժհաստատություն ղիմած անձանց՝ պահանջված ծառայությունների մատուցմանը, քանի որ համարում են, որ նման պահանջը կարող է Էլ ավելի վատթարացնել կանանց արժեքավորումը: Նշված կազմակերպությունները առաջարկում են պացիենտներին երեխայի սեռի ընտրության ծառայություններ տրամադրել բացառապես սեռով պայմանավորված ժառանգական

<sup>47</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/ACOG/>

<sup>48</sup> American Society of Reproductive Medicine <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/ASRM/>

<sup>49</sup> International Federation of Gynecology and Obstetrics <https://www.figo.org/>

հիվանդություններից խուսափելու նպատակով:

Մարդու վերարտադրողականության և սաղմնաբանության Եվրոպական ընկերակցության<sup>50</sup> (ESHRE) Էթիկայի և իրավունքի հանձնախումբը սահմանում է. «Սաղմին պետք է վերաբերվել հարգանքով՝ որպես մարդու կյանքի ապագայի խորհրդանիշ»:

Ի դեպ՝ ՀՀ օրենսդրությամբ նույն սեռի 3 երեխա ունենալու դեպքում թույլատրվում պտղի սեռի նախահիմնականտացիոն գենետիկական ախտորոշումը («Մարդու վերարտադրողական առողջության եւ վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի 11-րդ հոդված՝ լրացումը կատարվել է 2021 թվականի հունիսի 4-ին):

Այնուամենայնիվ, սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումը, աշխարհում շարունակում է մնալ երեխայի սեռի ընտրության ամենատարածված մեթոդը, հետևաբար վերարտադրողական նոր տեխնոլոգիաների կիրառումը կարող է օգտակար լինել ոչ միայն անպտղության հաղթահարման, այլ նաև սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումներից խուսափելու առումով:

Այսօր, աշխարհի շատ երկրներում արգելված չեն վերարտադրողական նոր տեխնոլոգիաների կիրառումը սեռի որոշման նպատակով, թեև այդ երկուսից հետ կապված էթիկայի հարցի շուրջ բանավեճերը շարունակվում են և շարունակվելու են առնվազն այնքան ժամանակ, քանի դեռ խորը տարաձայնություններ կան անձի և հասարակության համար վնասի ու վտանգավորության հարցերի շուրջ: Բանավեճերը շարունակվելու են, քանի դեռ չկա կոնսենսուս այն հարցի շուրջ, թե որ վնասներն են բարոյական առումով ավելի նշանակալի:

Բուժաշխատողների կողմից այս տեղեկատվության իմացությունը և փոխանցումը ապագա ծնողներին առնվազն մեկ հարցում կարող է օգտակար լինել՝ նրանք ավելի ու ավելի իրազեկ կդառնան առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության պատճառների ու հետևանքների, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների երկուսից անընդունելի լինելու հարցերում:

ՆԱԱ խնդիրը, ժողովրդագրական անհավասարակշռության իր բացասական հետևանքների տեսանկյունից ազգային անվտանգության հարցի կարող է վերաճվել: Հանրային հնչեղության և աստվածաբանական արժեքների տեսանկյունից այս խնդրի մարտահրավերներին դիմակայելու և այն հաղթահարելու ճանապարհին անելիքներ ունեն հանրության բոլոր խմբերը և անհատները, այն թվում՝ քաղաքական գործիչները և որոշում կայացնողները, համայնքային հեղինակությունները, քաղաքացիական հասարակությունը և կարծիք ձևավորողները, բուժաշխատողները և հոգևոր հայրերը:

<sup>50</sup> European Society of Human Reproduction and Embryology <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>

- ▶ Ապօրինի և/կամ կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրած հղիության ընդհատման իրական դեպքերի անսնուն ներկայացում և քննարկում:

### Ձևաչափը.

Առանձին դեպքերի ներկայացում, կանխարգելման հնարավորությունների քննարկում, ամփոփում:

### Վարժանքի նկարագիրը.

Վարժանք վարողը և մասնակիցները կիսվում են իրենց բժշկական պրակտիկայում տեղի ունեցած ապօրինի և կնոջ կողմից ինքնուրույն հրահրած հղիության ընդհատման դեպքերով: Ծավալվում է քննարկում և առանձին դեպքերի վերլուծություն:

### Արդյունքների ամփոփում`

Վարժանք վարողը գրի է առնում և ամփոփում` ներկայացված դեպքերի հիմնական պատճառները, ովքեր<sup>օ</sup> էին որոշում կայացնողները, ինչ<sup>օ</sup> միջոցներ են կիրառվել, ինչ<sup>օ</sup> բարդություններ և հետևանքներ են եղել: Նա ավարտում է պարապմունքը հետևյալ եզրահանգումներով.

- ▶ Ցանկացած վիրահատական աբորտ համարվում է անապահով, եթե այն կատարվում է բավականաչափ գիտելիքներ և հմտություններ չունեցող անձի կողմից և/կամ բժշկական նվազագույն չափորոշիչները չբավարարող պայմաններում:
- ▶ Դեղորայքային աբորտի կիրառումը նույնպես հատուկ գիտելիքներ և հմտություններ է պահանջում, իսկ անփորձ մարդու կողմից տրված խորհուրդները, նշանակումներն ու ինքնուրույն կիրառման փորձերը կարող են արյունահոսության, սաստիկ ցավերի, շոկի և նույնիսկ կնոջ մահվան պատճառ դառնալ:
- ▶ Ծննդօգնության բժշկական հաստատությունում, բոլոր պահանջների պահպանմամբ, պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի իրականացումը` առանց բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների, անգամ հմուտ մասնագետի կողմից կատարված, համարվում է ապօրինի գործողություն և կարող է հետապնդվել օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

### **ՄՈԴՈՒԼ 3. Թեմա. Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների և դրանց հետևանքների կանխարգելումը՝ բուժաշխատողների խորհրդատվական և հաղորդակցական հմտությունների բարելավման և հանրային իրազեկման համայնքային ծրագրերում նրանց ներգրավման միջոցով:**

Այսօր աշխարհը կորցնում է շուրջ 142 միլիոն կին և աղջիկ, տղաների նախապատվության և պտղի սեռի հատկանիշով պայմանավորված երեխաների կողմնակալ ընտրության արդյունքում<sup>51</sup>: Այս կորուստների կանխարգելման հարցում մեծ է բուժաշխատողների դերը; Այս մոդուլը նպատակ է հետապնդում բարձրացնել բուժաշխատողների իրազեկությունը նորածինների սեռերի անհամամասնության և սելեկտիվ աբորտների խնդրի ու հետևանքների վերաբերյալ, ինչպես նաև խորհրդատվական և հաղորդակցման մասնագիտական հմտությունների բարելավման ու հանրային իրազեկման համայնքային ծրագրերում մասնակցության միջոցով, նրանց առավելագույնս ներգրավել կանխարգելման գործընթացում:

#### Պարապմունք N 13. Տեսական

▶ **Նախաաբորտային խորհրդատվություն՝ սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների կանխարգելում և ռիսկերի նվազեցում**

▶ **Բուժաշխատողների դերակատարումը պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների և դրանց հետևանքների կանխարգելման հարցում.**

Մեր երկրում նորածինների սեռերի խախտված հարաբերակցությունը մարտահրավեր է դարձել: Պտղի խտրական ընտրությամբ պայմանավորված սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունեն բուժաշխատողները<sup>52</sup>: Բժշկի դերակատարումը հատկապես կարևոր է նախաաբորտային հմուտ խորհրդատվության տրամադրման առումով: Նախաաբորտային խորհրդատվություն իրականացնող բժշկ-խորհրդատուն պետք է տեղեկացված լինի, որ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումները հաճախ պայմանավորված են գենդերային կարծրատիպերով: Այդ կարծրատիպերը երբեմն պայմանավորում են մարդու կյանքի ճանապարհն ու կենսակերպի չափանիշները և որոշ իմաստով հաստատում դրանց սահմանափակման շրջանակները: Քարոզչության, գովազդի, սոցիալ-քաղաքական տարբեր գաղափարների ներգործությամբ գենդերային կարծրատիպերը կերտվում և անընդհատ վերարտադրվում են:

Նման կարծրատիպային պատկերացումները հիմք են ստեղծում գենդերային խտրականության համար՝ մի գործելակերպի, որն ընդունում է մեկ սեռի նախապատվությունը մյուսի համեմատությամբ: Սակայն, քանի որ այսօր Հայաստանում, ինչպես նաև երկրների մեծ մասում, խտրականությունը արգելված է սահմանադրությամբ՝ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների դեպքում մենք գործ ուենք թաքնված կամ անուղղակի խտրականության հետ:

<sup>51</sup> Гендерно-предвзятый выбор пола. Объяснение, Июль 2020, ЮНФПА <https://www.unfpa.org/resources/gender-biased-sex-selections-explained>

<sup>52</sup> Հղիության սեռով պայմանավորված արհեստական ընդհատումների կանխարգելում, Ձեռնարկ բուժաշխատողների համար, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, Երևան 2017թ

### ► Նախաաբորտային խորհրդատվություն

Հղիության արհեստական ընդհատումից առաջ, բժշկի կողմից կնոջը մասնագիտական խորհրդատվություն տրամադրելու միջոցով աբորտի հնարավոր բարդությունների մասին նրան բավարար իրազեկելը կարող է նպաստել հղիությունը չընդհատելու վերաբերյալ որոշման կայացմանը, կամ էլ հաջորդիվ՝ սելեկտիվ աբորտների հետագա դեպքերի կանխարգելմանը:

Նախաաբորտային խորհրդատվության նպատակներն են՝

- անապահով աբորտի ռիսկերի և բարդությունների նվազեցումը
- պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումների կանխումը

Աբորտի վերաբերյալ որոշում կայացնելուց առաջ կինը պետք է լիարժեք տեղեկատվություն ստանա բժշկական միջամտության, դրա հնարավոր հետևանքների, կիրառվող մեթոդի առավելությունների և թերությունների մասին և ունենա տեղեկացված որոշում կայացնելու հնարավորություն: Այս առումով, կարևոր է, որ տրամադրվող նախաաբորտային խորհրդատվությունը լինի առողջության վրա հնարավոր հետևանքների և վտանգների մասին տեղեկատվության տեսքով և գերծ լինի հոգեբանական ճնշման տարրերից:

Նախաաբորտային խորհրդատվության ժամանակ խորհուրդ է տրվում առաջնորդվել ստորև նշված գործընթացի կազմակերպման 6 սկզբունքներով, քննարկվող 6 թեմաներով և հաջորդական 6 քայլերով<sup>53</sup>.

### Նախաաբորտային խորհրդատվության գործընթացի 6 սկզբունքներն են.

1. Բարյացակամ վերաբերմունք ցուցաբերել յուրաքանչյուր պացիենտի նկատմամբ:
2. Փոխգործակցել պացիենտի հետ:
3. Հարմարեցրեցրեք տեղեկատվությունը պացիենտի անհատական կարիքներին:
4. Խուսափել չափից շատ տեղեկատվություն տրամադրելուց:
5. Քննարկել սեռով պայմանավորված աբորտի դիմելու պատճառները, կարևորել աղջիկ երեխայի դերը և նշանակությունը ընտանիքի և հասարակության համար:
6. Օգնել պացիենտին հասկանալու և հիշելու տրամադրված տեղեկությունները:

### Նախաաբորտային խորհրդատվության գործընթացի 6 թեմաներն են.

1. «Տեղեկացված ընտրություն»
2. «Աբորտը կարող է վտանգավոր լինել»
3. «Մանկածնման ֆունկցիայի հսկողության մեթոդներ»
4. «Օրենքի պահանջներ»
5. «Ինքնուրույն որոշում»
6. «Կշռադատված որոշում»

<sup>53</sup> «Խորհրդատվության օգնությամբ հղիության սեռով պայմանավորված ընդհատումը կանխելու 6 քայլ», տեղեկատվական թերթիկ բուժաշխատողի համար, ՄԱԲՀ, Երևան, 2020

*Նախաաբորտային խորհրդատվության գործընթացի 6 քայլերն են.*

7. Ողջունեք պացիենտին սրտաբաց և հարգալից, լսեք նրան համակ ուշադրությամբ:
8. Պացիենտին հարցրեք իր որպիսության մասին:
9. Պացիենտին տեղեկացրեք հնարավոր բարդությունների, այդ ժամկետում հղիության ընդհատման անհնարիտության մասին:
10. Օգնեք պացիենտին կատարել տեղեկացված ընտրություն՝ գործող օրենսդրության շրջանակներում:
11. Խրախուսեք պացիենտին կարծիքներ արտահայտել և հարցեր տալ: Պատասխանեք նրանց հարցերին լիարժեք և բաց:
12. Օգնեք պացիենտին, որ նա իրազեկված որոշում կայացնի և գիտակցաբար հրաժարվի հղիությունն ընդատելու որոշումից:

Պարապմունք N 14. Տեսական

▶ **Ջետաբորտային խորհրդատվություն՝ անցանկալի հղիությունների կանխարգելումը և հակաբեղմնավորիչ միջոցների տրամադրման սկզբունքները:**

Չնայած հանրապետությունում հղիության ընդհատումների թվի որոշակի կրճատմանը, այն դեռևս շարունակում է բարձր մնալ: Ըստ պաշտոնական վիճակագրության<sup>54</sup>, 2021թ. թվականին 36247 ծնունդի դիմաց գրանցվել է 11214 հղիության արհեստական ընդհատում, որից՝ 6113 կնոջ ցանկությամբ, 2214 ինքնաբեր վիժում, իսկ 609՝ դեղորայքային աբորտ: Ըստ Էության, Հայաստանում աբորտները շարունակում են մնալ ընտանիքում երեխաների թվի պլանավորման ավանդական մեթոդներից մեկը: Աբորտը Հայաստանում ամենաշատ կատարվող վիրաբուժական միջամտությունների շարքում է: Վտանգի տեսանկյունից առավել ռիսկային հղիության դեղորայքային ընդհատումները հաճախ իրականացվում են բժշկական հաստատությունից դուրս և գրանցվում են, երբ ի հայտ են գալիս հետաբորտային բարդություններ, այդ իսկ պատճառով հնարավոր չէ գնահատել անապահով աբորտների իրական թիվը: Կարելի է թերևս, ենթադրել, որ ինքնաբեր և թերի վիժումների մի մասը անցանկալի հղիությունից ազատվելու ինքնույույն փորձերի հետևանք են:

Աբորտների նվազեցման ու դրանց անվտանգության բարձրացման խնդիրը այսօր էլ շարունակում է մնալ Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարության առաջնահերթությունների ցանկում:

▶ **Ջետաբորտային խորհրդատվության նպատակը**

Հղիության արհեստական ընդհատման կանխարգելման գործընթացում կարևոր նշանակություն ունի հետաբորտային խորհրդատվությունը, որի պատշաճ իրականացումը կարող է մեղմացնել հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված հոգեբանական հետևանքները, որոնք առավել հաճախ աճանագրվում են սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում:

<sup>54</sup> «Առողջություն և առողջապահություն», Վիճակագրական տարեգիրք, ՀՀ ԱՆ ԱՍԻ, Երևան, 2022թ., <https://nih.am/assets/pdf/atvk/b82fc49555b30dc398d0570aedcf5421.pdf>

## Յետաբորտային խորհրդատվության նպատակներն են՝

- ▶ ժամանակին հայտնաբերել հետաբորտային վաղ շրջանի հնարավոր բարդությունները, կազմակերպել առաջին բուժօգնությունը, համապարփակ խնամքը, իսկ անհրաժեշտության դեպքերում՝ ուղեգրել համապատասխան բուժաստատություն,
- ▶ ապահովել բժշկական հսկողությունը վաղ հետաբորտային շրջանում՝ հետագա բարդությունները և հետևանքները կանխելու համար,
- ▶ մեղմացնել արբորտի հոգեբանական հետևանքները, կարևորելով աղջիկ երեխայի արժևորման հարցերը
- ▶ խորհրդատվություն տրամադրել հետաբորտային շրջանում ընտանիքի պլանավորման մեթոդների վերաբերյալ:

Աբորտի տեսակից, ընթացքից, կնոջ փսիխոսոմատիկ առանձնահատկություններից կախված, հետաբորտային վերականգնման շրջանը կարող է ընթանալ տարբեր դրսևորումներով և ունենալ տարբեր տևողություն, ուստի հետաբորտային խորհրդատվությունը պետք է լինի հնարավորինս անհատականացված ու ներառի տեղեկատվություն այն մասին, թե երբ կարելի է վերսկսել բնականոն կյանքը, այն թվում սեռական հարաբերությունը:

Կնոջը պետք է պատշաճ կերպով տեղեկացնել, որ հետաբորտային շրջանում երկշաբաթյա ժամանակահատվածում նա կարող է նորից հղիանալ և տրամադրել հնարավորինս լիարժեք խորհրդատվություն բեղմնականխման ժամանակակից միջոցների ու մեթոդների վերաբերյալ: Հղիության արհեստական ընդհատման մեթոդների մատչելիությունից անկախ, յուրաքանչյուր կնոջ համար պետք է հստակեցված լինի այն փաստը, որ արբորտը ընտանիքի պլանավորման մեթոդ է: Նույնիսկ, եթե արբորտը հաջող է ընթացել, անհրաժեշտ է բացատրել կնոջը, թե ինչպես տարբերակել արբորտի ձախողման մասին վկայող շարունակվող հղիության ախտանիշները, դրանց նմանվող այլ ախտանիշներից, որոնք պայմանավորված են կատարված միջամտությամբ ու ժամանակավոր բնույթ են կրում:

Կնոջն անհրաժեշտ է տրամադրել տեղեկատվություն արբորտի բարդությունների ու վտանգի նշանների մասին, ինչպես նաև դրանց առաջացման դեպքում բացատրել բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության ու կարգի մասին:

⇒ **Ջետաբորտային բարդություններով պայմանավորված վտանգի նշաններն են<sup>55</sup>.**

- ▶ արյունահոսություն
- ▶ ջերմության բարձրացում
- ▶ ցավ, դող, սարսուռ
- ▶ ընդհանուր թուլություն
- ▶ սրտխառնոց, փսխում, աղիների փքվածություն
- ▶ շարունակվող հղիության նշաններ
- ▶ երկու շաբաթ և ավելի շարունակվող արյունային արտադրություն

**Այս նշանների դեպքում անհրաժեշտ է դիմել արթուր կատարած բժշկին կամ ծննդօգնության մոտակա հաստատություն:**

Ակնհայտ է, որ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները հաճախ իրականացվում են օրենքի խախտմամբ, քանի որ դրանք հիմնականում են կատարվում են հղիության 12 շաբաթականից ավելի մեծ ժամկետներում: Այս պարագայում կնոջ համար հետաբորտային խորհրդատվությունը առավել ևս պետք է լինի հասանելի և իրականացվի պատշաճ:

⇒ **Ջետաբորտային խորհրդատվության անցկացման առաջնորդող սկզբունքները**

- ▶ ապահովել խորհրդատվության գաղտնիությունն ու իրականացնել այն մեկուսի պայմաններում
- ▶ հաղորդել տեղեկատվությունը հարգալից և առանց պարսավանքի
- ▶ տրամադրել բավարար ժամանակ կնոջը լսելու՝ նրա կարիքներն ու մտահոգությունները հասկանալու համար
- ▶ տեղեկատվությունը տրամադրել կնոջ համար հասկանալի ձևով, առանց բժշկական տերմինների կիրառման:
- ▶ ներկայացնել կնոջ կարիքներից բխող բոլոր հնարավոր տարբերակները՝ միաժամանակ խուսափելով սեփական կարծիքն ու արժեքները պարտադրելուց
- ▶ խորհրդատվության ընթացքում ընդգծել այլ ծառայությունների կամ խորհրդատվության տրամադրման անհրաժեշտությունը (օրինակ՝ հետաբորտային բեղմնականխում)
- ▶ համոզվել, որ նա ստացել է իրեն հուզող բոլոր հարցերի պատասխանները
- ▶ ստուգել, համոզվելու համար, որ կինը ճիշտ է հասկացել տրամադրված տեղեկատվությունը:
- ▶ օգնել կնոջը լինել տեղակացված և օգտվել ընտանիքի պլանավորման իր համար նախընտրելի, անվնաս և արդյունավետ մեթոդներից:

<sup>55</sup> Abortion Care Guideline, WHO, Copenhagen, 2022 <https://srhr.org/abortioncare/>



Ընդհանուր առմամբ խորհրդատվությունը դա լոկ ինֆորմացիայի տրամադրում է, այլ ուղղորդված և ինտերակտիվ գործընթաց է, որի միջոցով կինը ինքնակամ ստանում է աջակցություն, տեղեկատվություն և անկողմնակալ ուղղորդում համապատասխան գիտելիք ու հմտություններ ունեցող բուժաշխատողի կողմից: Այս խորհրդատվությունը պետք է տրամադրվի այնպիսի միջավայրում, որը մեկուսի և բարենպաստ է զգացմունքներով, մտքերով, ընկալումներով անկեղծ կիսվելու համար:

Սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելման համար անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել երկու և ավելի նույն սեռի երեխաներ ունեցող զույգերի ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվության տրամադրմանը՝ սեռով պայմանավորված աբորտների ռիսկը ճիշտ գնահատելու և դրանց կանխարգելման ուղղությամբ քայլերը հնարավորինս վաղ ձեռնարկելու և արդյունավետ դարձնելու համար:

Ընտանիքի պլանավորման<sup>56</sup> արդյունավետ խորհրդատվության իրականացման համար բուժաշխատողը պետք է.

- ▶ հնարավորություն տա այցելուին հայտնելու հակաբեղմնավորիչ մեթոդի իր նախապատվության մասին
- ▶ ցուցաբերի բարյացակամ վերաբերմունք այցելուի նկատմամբ, լսի նրան, տա համապատասխան հարցեր վերարտադրողական նպատակը և սեռական վարքագիծը գնահատելու համար
- ▶ հավաքի անհրաժեշտ անամնեստիկ տվյալներ
- ▶ օգնի այցելուին որոշում կայացնելու և ընտրելու մեթոդը
- ▶ բացատրի մեթոդի կիրառման ձևը
- ▶ բացատրի առավելությունները և կողմնակի ազդեցությունները, ինչպես նաև այդ կողմնակի ազդեցությունները հաղթահարելու միջոցները
- ▶ քննարկի մեթոդի փոփոխման անհրաժեշտությունը, տեղեկացնի վտանգավոր ախտանիշների մասին
- ▶ պատշաճ լրացնի բժշկական փաստաթղթերը
- ▶ նշանակի հաջորդ այցելությունը

⇒ Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորման մեթոդների կիրառման բժշկական չափանիշները.

Ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվության իրականացման և յուրաքանչյուր զույգի համար առավել արդյունավետ, հարմար, ընդունելի, ժամանակակից և անվտանգ բեղմնականիսման մեթոդի ընտրության ու խորհրդատվության իրականացման սկզբունքները, ընթացակարգը մանրամասն նկարագրված են բուժաշխատողների համար նախատեսված առողջապահության նախարարի «14» օգոստոս 2015թ. N2202–Ա հրամանով հաստատված ուղեցույցում<sup>57</sup>:

<sup>56</sup> Բեղմնականիսիչ մեթոդների արդյունավետությունը, Չանուն Առողջ Ընտանիքի, ՄԱԲՀ, Երևան, 2020

<sup>57</sup> «Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորման մեթոդների կիրառման բժշկական չափանիշները», ՀՀ ԱՆ 14.08.2015թ. հրաման

▶ **Համապարփակ բուժօգնություն, խնամք և ուղղորդում պտղի սեռով պայմանավորված անապահով աբորտների բարդությունների դեպքում:**

Չնայած բժշկագիտության ժամանակակից այն նվաճումներին, որոնք թույլ են տալիս համապատասխան որակավորում և փորձառություն ունեցող մասնագետներին ապահով իրականացնել կնոջ ցանկությամբ կամ բժշկական ցուցումներով հղիության արհեստական ընդհատում՝ իրացնելով կանանց վերարտադրողական իրավունքները, այնուամենայնիվ հնարավոր չի լինում լիովին խուսափել բարդություններից ու անբարենպաստ ելքով իրավիճակներից: Ուստի բուժաշխատողները և հասարակությունը, այն թվում որոշում կայացնողները, դեռևս շատ անելիքներ ունեն հղիությունների արհեստական ընդհատումների կանխարգելման, դրանց ապահով իրականացման և հատկապես սեռով պայմանավորված ընդհատումների կանխարգելման գործում: Հղիության արհեստական ընդհատման բոլոր ընթացակարգերի պահպանման դեպքում բարդությունները հազվադեպ են հանդիպում:

Աբորտի և հետաբորտային շրջանի պատշաճ վարումը կանխում են անապահով աբորտները և դրանց բարդությունները, ինչը կարող է նպաստել մայրական մահացության դեպքերի ու հաշմանդամության կրճատմանը: Ցանկացած մակարդակի բուժհաստատություն, որը մատուցում է հղիության արհեստական ընդհատման ծառայություններ, պետք է հագեցած լինի անհրաժեշտ սարքավորումներով ու հմուտ բուժանձնակազմով, որն ունակ կլինի ճանաչել բարդությունները, պացիենտին ցուցաբերել առաջին բուժօգնություն, ինչպես նաև ըստ անհրաժեշտության ուղեգրել համապատասխան բուժհաստատություն:

Անապահով աբորտների բարդությունների և հետևանքների նվազեցման համար 2020թ. առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատվել է «Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում համապարփակ բուժօգնության ու խնամքի կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական ուղեցույցը»<sup>58</sup>, որի հիմքում ընկած է ԱՀԿ «Անվտանգ աբորտներ» ուղեցույցի 2018թ. հրատարակությունը:

Ուղեցույցի նպատակն է ապահովել հղիության արհեստական ընդհատման անվտանգությունը, մատչելիությունը և որակը՝ համապարփակ բուժօգնության ու խնամքի կազմակերպման և տրամադրման միջոցով: Ուղեցույցում մանրամասն նկարագրված են հղիության արհեստական ընդհատման ժամանակակից վիրաբուժական և դեղորայքային մեթոդների ապահով կիրառման մոտեցումները, անապահով կամ բարդացած ընդհատումների վարման, հետաբորտային խորհրդատվության տրամադրման կարգը, ինչպես նաև պացիենտի համաձայնության ու խորհրդատվական թերթիկների ձևանմուշները:

Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության արհեստական ընդհատումների ծառայություններ տրամադրող բժշկական անձնակազմի՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների, խորհրդատուների, մասնագիտացված բժշկական կազմակերպությունների բժիշկների, ինչպես նաև կրթական ոլորտում ներգրավված ուսուցանողների համար, որոնք հետաքրքրված են տիրապետելու անվտանգ աբորտի բժշկական ասպեկտներին: Ուղեցույցը պարունակում է նաև գործնական առաջարկներ արդյունավետ խորհրդատ-

<sup>58</sup> «Ուղեցույցներ, գործելակարգեր, ընթացակարգեր», ՀՀ ԱՆ պաշտոնական կայք <https://www.moh.am/uploads/2949havelvac.pdf>

վության տրամադրման համար՝ ուղղված կանանց իրավունքների պահպանմանը, տեղեկացված համաձայնության և ծառայության բարձր որակի ապահովմանը:

Ուղեցույցում ներկայացված են հանձնարարականներ, որոնք ներառում են հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում ապացուցողական գիտական տվյալների վրա հիմնված համապարփակ միջոցառումներ: Այն է.

- ▶ բարելավել հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունների որակը, կիրառել ԱՅԿ կողմից առաջարկվող ծախսարդյունավետ տեխնոլոգիաներ և ինտեգրել դրանք ՎԱ այլ ծառայություններում,
- ▶ ապահովել աբորտների իրականացման անվտանգ, համապարփակ, բազմակողմանի որակյալ ծառայությունների մատուցումը, ներառյալ՝ հետաբորտային խնամքը,
- ▶ բարելավել բուժաշխատողների գիտելիքները անցանկալի հղիությունների կանխարգելման, հղիության ապահով ընդհատումների և արդյունավետ կառավարման ուղղությամբ,
- ▶ ապահովել հղիության արհեստական ընդհատման անվտանգությունը վիրահատական և դեղորայքային աբորտ իրականացնող բուժաշխատողների հմտությունների բարձրացման միջոցով, կիրառել հղիության արհեստական ընդհատման ժամանակակից անվտանգ մեթոդներ, բարձրացնել ծառայություն մատուցողների տեղեկացվածությունը վակուում ասպիրացիայի և դեղորայքային մեթոդների մասին, հրաժարվել վտանգավոր՝ արգանդի խոռոչի քերումից և կյուրետաժից,
- ▶ ապահովել կանանց կողմից հղիության ընդհատման մեթոդի ընտրության հնարավորությունը, մասնավորապես ընդլայնել բուժհաստատությունների կողմից դեղորայքային աբորտի իրականացումը,
- ▶ տրամադրել պատշաճ հետաբորտային խորհրդատվության և տեղեկատվություն ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների կիրառման վերաբերյալ,
- ▶ ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վտանգների միջերի մասին ճշգրիտ գիտելիքների տրամադրման միջոցով, նվազագույնի հասցնել հղիության արհեստական ընդհատման, որպես ծնելիության վերահսկման մեթոդի, տարածվածությունը,
- ▶ բարձրացնել կանանց գիտելիքներն աբորտի իրականացման անվտանգ մեթոդների և անապահով աբորտների վտանգների վերաբերյալ,
- ▶ բարելավել աբորտների գրանցման և հաշվետվության համակարգը, անվտանգ աբորտի, համապարփակ ծառայությունների այդ թվում դեղորայքային աբորտի իրականացման չափորոշիչը ներառել հետդիպլոմային շարունակական մասնագիտական զարգացման կրթական համակարգում:

⇒ **Պտղի սեռով պայմանավորված անապահով աբորտի հնարավոր բարդությունները.**

Յղիության արհեստական ընդհատումների բարդությունների տեսանկյունից պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումներն ավելի մեծ ռիսկեր են պարունակում, քանի որ իրականացվում են հիմնականում 12 շաբաթականից շատ ավելի ուշ ժամկետներում, երբ հնարավոր է լինում ավելի ստույգ որոշել պտղի սեռը: Այս հանգամանքով է պայմանավորված անապահով աբորտների ու հետաբորտային բարդությունների առաջացման ավելի մեծ հավանականությունը: Պտղի սեռով պայմանավորված

աբորտների դեպքում առավել մեծանում են անապահով աբորտների ռիսկերը, քանի որ դրանք կատարվում են հղիության ավելի մեծ ժամկետներում և հաճախ առանց բժշկական հսկողության, դեղերի օգտագործման միջոցով:

*Վիրահատական ճանապարհով անապահով աբորտի դեպքում* հնարավոր բարդություններն են՝ ոչ լրիվ աբորտը, ձախողված աբորտը, վարակը, արյունահոսությունը, արգանդի թափածակումն ու ներորովայնային օրգանների վնասումը, նաև ցավազրկման հետ կապված բարդությունները:

*Դեղորայքային աբորտի դեպքում* առաջացող հիմնական բարդություններն են՝ թերի աբորտը, շարունակվող հղիությունը, արյունահոսությունը և վարակը: Հնարավոր են նաև հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ:

Դեղորայքային աբորտի դեպքում անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել, տարբերակել ու վերահսկել աբորտի կողմնակի դրսևորումները, որոնցից ամենաբնորոշներն են՝ ցավը, արյունային արտադրությունը, հիպերթերմիան, ստամոքսաղիքային համակարգի դիսֆունկցիան: Դեղորայքային աբորտի ընթացքում առաջացող այս երևույթները սպասելի են և կապված են հղիության ընդհատման պրոցեսի հետ, ուստի դրանց առաջացման վերաբերյալ կնոջ բավարար տեղեկացվածությունը հնարավորություն է տալիս նվազեցնել և կառավարել բարդությունների զարգացման ու հոգեբանական խնդիրների առաջացման ռիսկերը: Բոլոր հնարավոր բարդությունների ու վտանգի նշանների մասին կնոջն անհրաժեշտ է տեղեկացնել նախաաբորտային խորհրդատվության փուլում, եթե կինը նախապես դիմել է բժշկի:

#### Պարապմունք N 16. Գործնական

▶ **Նախաաբորտային և հետաբորտային խորհրդատվության հմտությունների բարելավում:**

##### **Վարժանքի նպատակը.**

բարելավել մասնակիցների նախա- և հետաբորտային խորհրդատվության հմտությունները՝ պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի և/կամ դրանով պայմանավորված բարդությունների վարման վերաբերյալ:

##### **Ձևաչափ.**

Աշխատանք 4 խմբերում՝ իրավիճակային խնդիրների քննարկում և դերային խաղարկումներ:

##### **Վարժանքի նկարագիրը.**

Դասընթացի մասնակիցները բաժանվում են 4 խմբի, որոնցից յուրաքանչյուրին առաջարկվում է մեկ թեմատիկ իրավիճակային խնդիր և դրա լուծման ներկայացում նախաաբորտային և/կամ հետաբորտային խորհրդատվության հմտությունների ցուցադրմամբ՝ դերային խաղարկման միջոցով: Յուրաքանչյուր խմբի մասնակիցներին տրվում են դերեր՝ խորհրդատվություն տրամադրող բժիշկ, խորհրդատվության դիմած կին, ամուսին, ընտանիքի այլ անդամ:

Վարողի կողմից մոդերացվում են խորհրդատվության սցենարները և դրանց ընթացքը: Դասավանդողներից մեկը իրականացնում է դերային խաղարկման խրոնոմետրաժ և գնահատում խորհրդատվության գործընթացը՝ Ստուգաթերթի միջոցով:

### Առաջարկվող սցենարներն են.

Սցենար 1. Կինը դիմել է նախաաբորտային խորհրդատվություն ստանալու՝ ամուսնու կամ սկեսրոջ հետ, ով պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի հրահրողն է:

Սցենար 2. Կինը դիմել է հետաբորտային խորհրդատվության՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումից հետո:

Սցենար 3. Կինը գանգատներով միայնակ դիմել է բժշկին՝ դեղորայքային ընդհատման ինքնուրույն անհաջող փորձ կատարելուց հետո:

Սցենար 4. Նույն սեռի 3 երեխա ունեցող զույգը հերթական այցով դիմել է խորհրդատվության, այլ սեռի երեխա ունենալու ակնկալիքով: Անամնեզում նշում են սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման մի քանի նախադեպեր:

### Արդյունքների ամփոփում:

Դերային խաղարկումից հետո ծավալվում է կարծիքների փոխանակում՝ տրամադրված խորհրդատվության ճիշտ և սխալ կողմերի վերաբերյալ: Արդյունքները ամփոփվում են վարողի/վարողների կողմից:

### Պարապմունք N 17 Գործնական



#### Թեմատիկ տեսաֆիլմերի դիտում և քննարկում

1. Օրենքով թաքնված սելեկտիվ աբորտ.

<https://m.mamul.am/am/video/26787617/p3668>

2. Ասա քո խոսքը բռնության դեմ.

<https://armenia.unfpa.org/en/video/speak-out-against-violence>

*Ֆիլմերի դիտում, քննարկում, կարծիքների փոխանակում և առաջարկություններ*

### Պարապմունք N 18. Տեսական

▶ Ներգրավված հայրություն՝ ազդեցությունը պտղի խտրական ընտրության և գենդերային անհավասարության վրա:<sup>59</sup>

Նորածինների սեռերի անհամամասնության խնդիրը առավել տարածված է այն երկրներում, որտեղ տարածում ունեն գենդերային անհավասարությունը և հայրիշխանական արժեքները: Համաշխարհային փաստերը ցույց են տալիս, որ տղամարդու՝ ավելի մեծ իշխանություն ունենալու և կնոջ՝ հնազանդ լինելու սոցիալական նորմերը անմիջական կապ ունեն գենդերային բռնության (ԳԲ) մակարդակի հետ: Հասարակության մեջ ավանդական նահապետական նորմերի դրսևորումը փոխկապակցված է արական սեռի երեխաների ծնունդի ավելի բարձր մակարդակի հետ<sup>60</sup>:

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները վնասաբեր են և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց համար, խոչընդոտում են գենդերային հավասարության առաջընթացին և նպաստում մարդու իրավունքների ոտնահարմանը: Ի օգուտ տղաների, ձևավորում է գենդերային անհավասարության մշակույթ և կարող

<sup>59</sup> «Հայրիկների դպրոց» («Papa School»), Ձեռնարկ, ՄԱԲՀ, Երևան, 2021թ.

<sup>60</sup> Հոգատարությունը հանուն հավասարության: Ձեռնարկ գենդերային հավասարության խթանման և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխման թեմաներով տղամարդկանց, կանանց և երիտասարդների հետ աշխատելու համար: Promundo: Վաշինգտոն, ԱՄՆ: Վորլդ Վիժն Հայաստան, 2015թ. Երևան

Է հանգեցնել լուրջ, երկարատև սոցիալ-տնտեսական, ինչպես նաև ժողովրդագրական հետևանքների: ՊՍԽԸ խաթարում է սեռերի բնականոն հարաբերակցությունը, ինչը հանգեցնում է բնակչության հավասարակշռության երկարաժամկետ խախտման և ամրապնդում կանանց վերաբերյալ գենդերային կարծրատիպերը:

Հայ իրականության մեջ հաճախ շեշտադրվում է արու զավակի դերը ընտանեկան տոհմը շարունակելու, ընտանիքի համար եկամուտ հայթայթելու և ծերացող ծնողների համար նեցուկ հանդիսանալու հարցում: Որդիներն ընկալվում են որպես ընտանիքի արժեքներ և սյուներ, մինչդեռ աղջիկներին հաճախ դիտարկում են այլ արժեհամակարգի տեսանկյունից, նրանք ամուսնությունից հետո «դադարում են» պատկանել հայրական ընտանիքին:

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների և ՆՍԱ հիմնախնդրի հաղթահարմանը կարող է նպաստել պայքարը ուղղված գենդերային այն վնասակար կարծրատիպերի հաղթահարմանը, որոնք նպաստում են արու զավակին գերադասելուն և աղջիկ երեխաների թերարժևորմանը: Այս ուղղությամբ իրականացված ծրագրերի դրական փորձը վկայում է, որ հաջողության բանալիներից մեկը գույգերի միջև հարգալից երկխոսության, որոշումների համատեղ կայացման, խնամատարության մեջ հայրերի ներգրավման մշակույթի ձևավորումն է: Այս գործում մեծ դերակատարում կարող են ունենալ բուժաշխատողները, մասնավորապես մանկաբարձ-գինեկոլոգները՝ ներգրավելով երիտասարդ հայրերին հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան խնամքի գործընթացում՝ անհրաժեշտ տեղեկատվության տրամադրման, վերաբերմունքի փոփոխության միջոցով:

Շատ կարևոր նշանակություն ունի նաև հայրերի ներգրավված լինելը երեխայի խնամքի հարցերում: Էական նշանակություն ունի այն հանգամանքը, որ տղամարդը զգալի ժամանակ հատկացնի ծնողական պարտականությունների կատարմանը, երեխայի դաստիարակության հարցերին ու նաև տնային գործերին:

Կանայք միակը չեն, ովքեր կենսաբանորեն կարող են հոգ տանել իրենց երեխաների մասին, երբ մայր են դառնում: Ուսումնասիրությունները փաստում են, որ հայրությունը տղամարդկանց մեջ ևս հորմոնալ փոփոխություններ է առաջացնում: Այդպիսին է տեստոստերոնի նվազումը, որն օգնում է նրանց դառնալ ավելի լավ հայրիկներ: Տեստոստերոնի մակարդակի որոշակի նվազումը նպաստում է հայր-երեխա ավելի ուժեղ կապին և ավելի հաղորդակից է դարձնում հոր և երեխայի մարմինը՝ ուժեղ կենսաբանական, զգայական և հոգեբանական կապվածություն զարգացնելու համար և որևէ կերպ բացասական չի ազդում գույգերի սեռական կյանքի ակտիվության վրա:

Երեխաների խնամքի գործընթացում հայրերի ներգրավվածության օգուտները ավելի քան ակնհայտ են: Երբ հայրերն ավելի շատ են ներգրավված իրենց որդիների և դուստրերի կյանքում, նրանց երեխաները, ավելի հավանական է, որ կյանքում կունենան դրական արդյունքներ, ինչպիսիք են՝ ավելի լավ ֆիզիկական և մտավոր առողջությունը, կրթական և գիտական նվաճումները, ավելի լավ ճանաչողական և սոցիալական հմտությունները, ավելի բարձր ինքնագնահատականը, ավելի քիչ վարքային խնդիրները և սթրեսի նկատմամբ ավելի բարձր հանդուրժողականությունը<sup>61</sup>:

<sup>61</sup> Allen, S. and Daly, K. (2007). *The Effects of Father Involvement: An Updated Research Summary of the Evidence*. Guelph, Canada: .

Այն դեռահասները, ովքեր ունեն ներգրավված հայրեր, ավելի հավանական է, որ կունենան ավելի լավ հոգեկան առողջություն և ավելի անվտանգ սեռական վարքագիծ և ավելի քիչ վնասակար սովորություններ: Օգուտը երկուստեք է: Չետագոտությունները ցույց են տվել, որ այն տղամարդիկ, ովքեր ունեցել են ջերմ, ոչ բռնի հարաբերություն իրենց երեխաների հետ, ավելի երկար են ապրում, ունենում են ավելի քիչ հոգեկան և ֆիզիկական խնդիրներ, ավելի արդյունավետ են աշխատում: Ավելի քիչ հավանական է, որ նրանք կգործադրեն բռնություն, կչարաշահեն ակոհուրը կամ թմրանյութերը<sup>62</sup>:

Չայրիկները ներգրավված լինելը առանձնահատուկ կարևոր է հղիության ընթացքում: Երբ նրանք մասնակից են ողջ նախաձննդյան ընթացքին, ներկա են ծննդաբերությանը, իսկ հետո նաև մասնակցում են մոր և երեխայի հետձննդյան խնամքին, օգուտները հսկայական են<sup>63</sup>:

### Ներգրավված հայրությունից շահում են բոլորը.

#### ▶ Մայրիկները

- ▶ Նվազում է մայրական սթրեսը հղիության ընթացքում և հետձննդյան շրջանում:
- ▶ Մայրիկները, որոնց ամուսինները ուղեկցում են նախաձննդյան այցելությունների ժամանակ, ավելի հաճախ են գնում կանանց կոնսուլտացիա, քան այն հղիները, որոնք մենակ են հաճախում բժշկին: Այս հանգամանքը նպաստում է հղիության ընթացքի խնդիրների վաղ հայտնաբերմանը և վաղ միջամտությանը, հետևաբար նաև բարենպաստել էրին:
- ▶ Երբ հայրիկները ներկա են ծնարանում և աջակցում են ծննդկանին, ծննդաբերական ցավերը մեղմանում են (կնոջ օրգանիզմը արտադրում է բնական ցավազրկողներ՝ Էնդորֆիններ):
- ▶ Չոգեբանական աջակցությունը նպաստում է ծննդաբերության 3-րդ փուլի և հետձննդյան ընթացքի տևողությունը կրճատմանը և բարդությունների նվազմանը:

#### ▶ Չայրիկները

- ▶ Իրենց երեխաների կյանքում ներգրավված հայրիկներն շատ ավելի գոհ են և երջանիկ:
- ▶ Ներգրավված հայրիկներն ավելի առողջ են և՛ հոգեպես և՛ ֆիզիկապես, ավելի քիչ վնասակար սովորություններ ունեն, ավելի երկար են ապրում:
- ▶ Որոշ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ երեխայի խնամքի հարցում ներգրավված հայրիկներն ավելի գոհացուցիչ հարաբերություններ և սեռական կյանք ունեն իրենց կանանց հետ, ավելի կապված են իրենց երեխաներին, ավելի հարգալից են և ուշադիր նաև ընտանիքի մեծահասակների նկատմամբ:

<sup>62</sup> *Barker, G., Greene, M.E., Nascimento, M., et al. Men Who Care: A Multi-Country Qualitative Study of Men in Non-Traditional Caregiving Roles. Washington, D.C., International Center for Research on Women (ICRW); Rio de Janeiro, Promundo, 2012.*

<sup>63</sup> *WHO (2015) Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742\\_report\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf)*

## ▶ Երեխաները

- ▶ Ներգրավված հայրիկների երեխաներն ամենից շատ են շահում: Նրանց կոգնիտիվ կարողությունները ավելի լավ են զարգանում:
- ▶ Ներգրավված հայրիկների երեխաները հաճախ մեծանում են բարձր ինքնագնահատականով, նրանք կարողանում են լուծել իրենց կոնֆլիկտներն առանց բռնության:
- ▶ Ներգրավված հայրիկների երեխաները սովորաբար ավելի քիչ վարքագծային խնդիրներ են ունենում:

Եվ, թեև հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ տղամարդկանց մեծամասնությունը ցանկանում է լավ հայր լինել, այնուամենայնիվ, ավանդույթային գենդերային նորմերը, հանրության կողմից կանանց և երեխաների կյանքում տղամարդկանց դերակատարության հստակ ընկալման բացակայությունը, դժվար է դարձնում վերոնշյալ նպատակի իրագործումը: Այս առումով առողջապահական համակարգը և բուժաշխատողները կարող են դրական դերակատարում ունենալ և նպաստել իրավիճակի բարելավմանը: Սույն ձեռնարկը կարող է նպաստել այդ դերակատարմանը, այն է՝ բուժաշխատողների միջոցով աջակցել ապագա հայրիկներին ձեռք բերելու նոր հմտություններ ու իրականացնելու գործողություններ, որոնք կօգնեն նրանց դառնալ ավելի ներգրավված հայրեր և ամուսիններ/զուգընկերներ:

Հայրիկների ներգրավվածությունը ընտանիքի անդամների խնամքի հարցերում և նրանց միջև հոգե-եմոցիոնալ ամուր կապերի ստեղծումը նպաստում է ընտանեկան, այն թվում գենդերային հիմքով, բռնության կանխարգելմանը: Այսպիսի ընտանիքներում շատ ավելի ցածր է ընտանեկան բռնության դեպքերի հավանականությունը, ինչպես նաև նվազում են պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման պարտադրանքի ռիսկերը:

### Ճանաչություն

*ՀՀ Աշխատանքային օրենսգրքով նախատեսված է<sup>64</sup> հայրության արձակուրդ՝ երեխայի ծնվելու օրվանից հետո՝ 30 օրվա ընթացքում, նորածնի հոր ցանկությամբ տրամադրվում է հինգ աշխատանքային օր տևողությամբ վճարովի արձակուրդ, որի յուրաքանչյուր օրվա համար գործատուն վճարում է աշխատողի միջին օրական աշխատավարձի չափով:*



Լրացուցիչ պարապմունք.

Դիտել և քննարկել ստորև ներկայացված տեսաֆիլմերը, կամ դրանցից մեկը.

1. Տեսաֆիլմ՝ Հայրերի դերը երեխայի խնամքի և դաստիարակման գործում

<https://www.youtube.com/watch?v=PzLZYKgK94g&t=779s>

2. Տեսաֆիլմ՝ Բռնության ազդեցությունը երեխայի զարգացման վրա

<https://www.youtube.com/watch?v=MN2QZq7txp0&t=2s>

<sup>64</sup> ՀՀ Աշխատանքային Օրենսգրք, Հոդված 176.1. (Լրացումը կատարվել է 16.09.2020թ.):



▶ **Եկեղեցու դիրքորոշումը և դերակատարումը հղիության արհեստական ընդհատումների, այդ թվում սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման հարցում<sup>65</sup>**

Iravaban.net-ի լրագրողը հղիության արհեստական ընդհատման, մասնավորապես ՊՍԽ պայմանավորված աբորտների վերաբերյալ եկեղեցու դիրքորոշման մասին խոսել է Մայր Աթոռ Սուրբ Էջմիածնի Տեղեկատվական համակարգի տնօրենի հետ:

**Վարժանքի ձևաչափը.**

Չարցագրույցի ընթերցում կամ տեսաֆիլմի դիտում, քննարկում, կարծիքների փոխանակում:

▶ **Տեր Եսայի, դեռևս հին ժամանակներից տարածված է եղել հղիության արհեստական ընդհատումը: Իսկ մեր օրերում տարածվածության ցուցանիշը զգալի աճել է: Ըստ Ձեզ՝ Չայաստանում որո՞նք են հղիության արհեստական ընդհատման հիմնական պատճառները:**

Առաջին հերթին, որին մենք առնչվում ենք և տեսնում մեր հասարակության մեջ, առաջին և մտահոգող պատճառներից մեկը սոցիալական խնդիրն է:

... Թեև այսօր շատերն են խոսում սելեկտիվ աբորտների մասին, բայց այսօր այդ խնդիրը շատ ավելի է նվազել՝ համեմատած 5-10 տարի առաջ ունեցած մեր պատկերի: Նույնիսկ եկեղեցում է ակնհայտ երևում, որ շատ զույգեր, երբ ամուսանանում են, եթե նախկինում հաճախ էինք լսում, որ պետք է անպայման տղա լինի առաջին երեխան, կամ եթե առաջինն աղջիկ է՝ երկրորդն անպայման տղա պետք է լինի ու դրանով պայմանավորված՝ գնում էին հղիության արհեստական ընդհատման, այսօր մենք գրեթե չենք լսում նման բան ու քիչ ենք առնչվում նման խնդրի .....

▶ **Եկեղեցու դիրքորոշումը ո՞րն է այս հարցում:**

Եկեղեցին, միանշանակ, հորդորում և կոչ է անում, որ երբևէ չգնալ հղիության արհեստական ընդհատման, որովհետև դա և՛ հոգևոր, և՛ բարոյական առումով մեծագույն աղետ է մեր հասարակության համար:

▶ **Հղիության արհեստական ընդհատման բոլոր ձևերն ու հանգամանքները կատեգորիկ մերժելի՞ք են եկեղեցու կողմից: Կա՞ն դեպքեր, երբ եկեղեցին դեմ չէ հղիության արհեստական ընդհատմանը:**

Ընդունելու-չընդունելու հարցը չէ: Կան դեպքեր, երբ եկեղեցին հասկանում է, որ այլ տարբերակ չկա և դա մեղք չի համարում: Օրինակ՝ երբ կյանքին վտանգ է սպառնում: Երբ հարցը դրված է այնպես, որ պտուղը չի ապրի և հղիության շարունակության դեպքում նաև կվտանգի ծնողի կյանքը, միանշանակ, այստեղ եկեղեցին որևէ արգելք կամ սահմանափակում չի դնում: Հոգևոր առումով այդտեղ մեղքի հանգամանք չկա: Բայց ուրիշ հարց է, երբ պտուղը լինում է կամ բժիշկները կանխատեսում են, որ պտուղը կլինի հիվանդ, թերհաս, և դրանից ելնելով՝ ծնողները որոշում են գնալ հղիության արհեստական ընդհատման, սա միանշանակ դատապարտելի է...

<sup>65</sup> Չարցագրույց Տեր Եսայի քահանա Արթենյանի հետ, <https://iravaban.net/352079.html>

- ▶ **Հիլուբյան ապօրինի ընդհատում կատարելու ժամանակ օրենքը պատժում է միայն բժշկին: Իսկ եկեղեցի՞ն:**

Ըստ քրիստոնեության և բարոյականության՝ մեղքը երկուստեք է:

- ▶ **Հակաբեղմնավորիչներն այլընտրանք և կանխարգելիչ միջոց կարո՞ղ են հանդիսանալ: Եկեղեցին ի՞նչ դիրքորոշում ունի հակաբեղմնավորիչների օգտագործման հետ կապված:**

Եկեղեցին այստեղ հստակ, կոնկրետ դիրքորոշում չունի: Չունի ոչ թե նրա համար, որ չի կարող ունենալ, այլ սա այն հարցն է, որ տարբեր հարթություններ կան, թե որ դեպքում ինչպես վարվել, և որքանո՞վ ավելի մեղք է և որքանո՞վ ավելի ընդունելի է կամ՝ ոչ այդքան: Եկեղեցին սա թողնում է յուրաքանչյուր մարդու քրիստոնեական գիտակցությանը և բարոյականությանը: Այսինքն՝ եկեղեցին ամեն հարցին չէ, որ անդրադառնում է և փորձում հստակ ասել՝ սա կարելի է, սա չի կարելի: Կան նեղ անձնային որոշակի դրսևորումներ, որոնք յուրաքանչյուր մարդու խղճին և բարոյականությանն է թողնված:

- ▶ **Եվ վերջում, ամփոփելով զրույցը, խոսենք այն մասին, թե եկեղեցին ի՞նչ անելիք ունի այս հարցում և եկեղեցու դիրքորոշումը՝ կապված աբորտի հետ, արդյո՞ք դրականորեն ազդում է աբորտների թվի նվազման վրա:**

... Սելեկտիվ աբորտների հետ կապված կարծում եմ, որ վերջին տարիներին եկեղեցին բավականին մեծ գործ արեց: Մենք դեռ կշարունակենք, այնպես չի, որ այս հարցը փակված է, ասելը, որ քչացել է՝ համեմատած այս կամ այն տարվա, դա չի նշանակում, որ մենք կարող ենք այսպես հանգիստ ասել, որ այս հարցը փակված է: Մենք էլի անելիքներ ունենք՝ մարդկանց գիտակցությանը հասցնելու, որ մեծագույն սխալ է և՛ սելեկտիվ աբորտների գնալը և առհասարակ, այս երևույթը: Այս հարցին առնչվող հստակ, կոնկրետ ծրագրեր ունենք մշակած, որը վերջին տարիներին անում ենք:

### Պարապմունք N 20. Ամփոփում և եզրահանգումներ

- ▶ **Հասարակության և մասնագիտական հանրության ընկալումը և վերաբերմունքը սելեկտիվ աբորտների երևույթին և կանխարգելման հնարավորություններին**

Վերը ներկայացված օրենսդրական իրավակարգավորումների վերաբերյալ հասարակության և մասնագիտական հանրության ընկալումը և վերաբերմունքը միանշանակ չէ: Պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման քաղաքականության և գործող պրակտիկայի վերլուծությունն զեկույցը<sup>66</sup> արձանագրել է մասնագետների տարակարծությունը՝ սեռով պայմանավորված աբորտները օրենսդրական արգելքով կարգավորելու վերաբերյալ: Ընդհանուր առմամբ դրական է գնահատվել խնդրի կարգավորման նախաձեռնությունը՝ որպես պետության հստակ դիրքորոշում և ուղերձ առ այն, որ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումը դատապարտելի է և իրավական առումով անթույլատրելի: Միաժամանակ, նշվել է, որ խնդրի միայն օրենսդրական ճանապարհով կարգավորումը չի կարող ապահովել ակնկալվող արդյունքները:

<sup>66</sup> Առողջապահության ոլորտում սեռի հատկանիշով պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման քաղաքականության և գործող պրակտիկայի վերլուծություն © Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2016թ, Երևան,

Նույն հետազոտության շրջանակներում փորձագիտական հարցումներին մասնակցած բժիշկները դժվարացել են ասել, թե կարող՞ է արդյոք արդյունավետ լինել խնդիրը օրենսդրական պատիժների և սահմանափակումների միջոցով լուծելը: Ավելին, ըստ առանձին մասնագետների կարծիքի, իրավական պատասխանատվության սահմանումը կարող է հանգեցնել խնդրի «թաքնված» դառնալուն և որ, երևույթի դեմ պայքարը պետք է ուղղվի առավելապես խորքային պատճառների վերացմանը: Մյուս կողմից, բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը ներկայումս հնարավոր է դարձրել արյան թեստերի միջոցով պտղի սեռը որոշել առավել վաղ ժամկետներում: Այս պարագայում կինը կարող է մինչև 12 շաբաթական ժամկետը դիմել արբորտի, առանց նշելու պտղի սեռի հանգամանքը:

Հղիության արհեստական ընդհատումից առաջ եռօրյա սպասման ժամկետի շուրջ ևս քննարկումներ են ծավալվել: Կնոջ՝ հղիության արհեստական ընդհատում անելու որոշման վրա ներազդելու նման գործիքը պետության կողմից օրենսդրորեն ամրագրվել է հաշվի առնելով համանման պրակտիկայի հաջողված փորձը այլ երկրներում: Սակայն կան նաև հակառակ կարծիքներ, առ այն, որ եռօրյա սպասման ժամանակահատվածն ու հնարավոր կողմնակալ խորհրդատվությունը ռիսկային են՝ արբորտի վերաբերյալ խարանը մեծացնելու առումով: Նշվում է նաև, որ մարզինալացված ու աղքատ կանայք ամենաշատն են տուժելու տվյալ կարգավորումից՝ որպես ապահով արբորտի ծառայություններ ստանալու հարցում հնարավոր խոչընդոտ: Որոշ փորձագետներ էլ կարծում են, որ սպասման եռօրյա ժամկետը կամ բժշկի խորհրդատվությունը դժվար թե կարողանան էականորեն ազդել կանանց որոշման վրա, քանի որ նրանք առավելապես գտնվում են այնպիսի միջավայրում, որտեղ որոշակի հոգեբանական ճնշում կա ընտանիքում և տղա ունենալը շատ է կարևորվում:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ Հայաստանում պտղի խտրական ընտրության պատճառները բազմազործոն են, ՆՍԱ կանխարգելման և ՍԱ երևույթի դեմ միջսեկտորալ համագործակցությամբ իրականացված պայքարում կիրառվել է համալիր մոտեցման սկզբունքը: 2015-2017 թթ. ազգային ծրագրի միջոցառումները միաժամանակ ուղղվել են.

1. Հանրային իրազեկման աշխատանքներին և հասարակության մեջ աղջիկ երեխաների արժևորմանը:
2. Ծնելիության ցուցանիշների բարելավմանը, այն թվում՝ աղջիկ երեխաների ծնունդի խրախուսմանը:
3. Պտղի խտրական ընտրության խնդրի նվազեցմանն ուղղված օրենսդրական կարգավորումների և մեխանիզմների մշակմանը և ներդրմանը:

Իրականացված աշխատանքների արդյունավետությունը ակնհայտ է, մասնավորապես համայնքային իրազեկման և գենդերային կարծրատիպերի մեղմման, այն թվում աղջիկ երեխաների արժեվորման համատեքստում: Սակայն, «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքից բխող ենթաօրենսդրական իրավական ակտերի հաստատումից հետո մշտադիտարման աշխատանքներ չեն կատարվել՝ պարզելու համար թե արդյո՞ք տվյալ կարգավորումները կիրառվում են և ի՞նչ ազդեցություն և/կամ մարտահրավերներ են առաջացել դրանց ներդրման արդյունքում:

ՀՀ ԱՍՀՆ և ՀՀ ԱՆ նախարարների 2020 թ. համատեղ հրամանով<sup>67</sup> հաստատված ՊՍԽԸ դեմ պայքարի ծրագրի իրականացման հիմնական նպատակն է՝ կանխարգելել սեռով պայմանավորված խտրական ընտրությունը և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները, նվազեցնել նորածինների սեռերի բնականոն հարաբերակցության շեղումը, բարձրացնել աղջիկ երեխայի/կնոջ դերը հասարակությունում:

Ծրագրի իրականացման արդյունքում, 2023 թվականին ակնկալվում է որպես նորածինների սեռերի նպատակային հարաբերակցությունը մոտեցնել բնականոնին մոտ՝ 100 աղջկա դիմաց 107 տղա մակարդակին:

Ներկայացված համալիր ծրագրի միջոցառումները համախմբված են ըստ երեք գերակա ուղղությունների.

Գերակայություն 1. Փաստերի վրա հիմնված քաղաքականության մշակում.

Գերակայություն 2. Կարողությունների ձևավորում.

Գերակայություն 3. Հանրային իրազեկում:

2022թ. ՄԱԲՀ կողմից սկսվել է ՊՍԽԸ գլոբալ գնահատման և մշտադիտարկման գործիքակազմի ադապտացման գործընթացը, որի արդյունքում ակնկալվում է, որ կունենանք ծրագրի գնահատման և մոնիտորինգի հստակ ազգային ցուցիչներ:

► **Բժիշկների կարծիքները հղիության արհեստական ընդհատման օրենսդրական սահմանափակումների մասին:**

Ըստ ՄՁՄԿ-ի կողմից Հայաստանում ՊՍԽԸ կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության և ծրագրերի մշտադիտարկման 2018թ. գեկույցի<sup>68</sup> շրջանակներում, բժիշկների դիրքորոշման հստակեցման նպատակով անց են կացվել անսանուն հարցազրույցներ, որին մասնակից բոլոր բժիշկները նշել են, որ իրենց գործունեության մեջ առնչվել են հղիության արհեստական ընդհատումների իրականացման, հարակից հետազոտությունների և խորհրդատվության տրամադրման, և/կամ այլ ընթացակարգերի կազմակերպման հետ:

Բժիշկները հիմնականում նշել են, որ թեև աբորտի դիմելու հաճախականությունը ընդհանրապես, և սեռով պայմանավորված՝ մասնավորապես, նշանակալիորեն նվազել են, բայց դեռևս հանդիպում են կանայք, ովքեր դիմում են սելեկտիվ աբորտ կատարելու համար: Գրեթե բոլոր գինեկոլոգները նշել են, որ իրենց հաստատությունում սեռով պայմանավորված աբորտներ չեն իրականացվում: Հետաքրքրական է, որ մասնակիցների մեծ մասը հավելել է, որ իրենք անձամբ աբորտ չեն կատարում, բայց լսել են բժիշկների մասին (այլ բուժհաստատություններում), ովքեր հայտնի են հղիության ուշ ժամկետներում (ներառյալ սեռով պայմանավորված) աբորտ անելու պրակտիկայով:

Հարցերի շրջանակը վերաբերվել է նաև դեղորայքային աբորտին: Որոշ բժիշկներ վկայել են, որ չնայած Cytotec (Misoprostol) դեղամիջոցի վաճառքն առանց բժշկի դեղատոմսի արգելվում է, դեռևս շարունակվում են այն դեպքերը, երբ առանց

<sup>67</sup> «Պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման 2020-2023 թվականների ծրագիրը և Ծրագրի իրականացման միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին, ՀՀ ԱՍՀՆ (03.03.2020թ. N 42-Ս) և ՀՀ ԱՆ (12.03.2020թ. N 962-Ս) հրաման

<sup>68</sup> Հայաստանի Հանրապետությունում պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության և ծրագրերի մշտադիտարկման գեկույց © Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2018թ., Երևան,

բժշկի ցուցման տնային պայմաններում օգտագործվում է այդ դեղամիջոցը՝ հղիության ընդհատելու համար: Cytotec-ի ոչ պատշաճ օգտագործումը կարող է հանգեցնել բազմաթիվ բարդությունների, այդ թվում՝ արյունահոսության և անավարտ արբորտի: Այդպիսիք Չայաստանում ևս գրանցվել են, այն թվում կնոջ մահվան ելքով:

Չարցմանը մասնակից բժիշկները հիմնականում տեղյակ են եղել ՉՉ կառավարության որոշմամբ սահմանված հղիության արհեստական ընդհատման ընթացակարգերին<sup>69</sup>: Մասնավորապես՝ կնոջ դիմելու կարգի (պացիենտի կամ բժշկասոցիալական ցուցումներով) արբորտի իրականացման թույլատրելի ժամկետների, եռօրյա սպասելաժամանակի, նախա/հետ-արբորտային խորհրդատվության տրամադրման կարգին: Ընդ որում, բացառապես պրակտիկ գործունեություն իրականացնող բժիշկների համեմատ, վարչական գործառույթ ունեցող բժիշկները ավելի շատ են տեղեկացված եղել վերը նշված որոշման դրույթներից:

Մասնակից մի շարք պրակտիկ գիներկոլոգների շրջանում չիմացությունը կապված է եղել հղիության սոցիալական ցուցումների, կնոջ դիմումի ձևի հետ (օրինակ՝ տեղյակ են, որ կինը պետք է ստորագրի անկետայում, բայց գրավոր դիմումի անհրաժեշտության մասին տեղեկացված չեն) կամ բժշկական ցուցումների դեպքում՝ հղիությունը ընդհատելու վերաբերյալ հղիության ընդհատման մասին որոշումը հանձնաժողովի միջոցով կայացնելու օրենսդրական պահանջի հետ: Չատկապես տարբերվել են գիներկոլոգների կողմից նշվող՝ մինչև արբորտը հղիներին տրամադրվող խորհրդատվության բովանդակության և ծավալի մասին տեղեկությունները:

Չարցագրույցներին մասնակցած բոլոր բժիշկները նշել են, որ պացիենտին տրամադրում են տեղեկատվություն՝ սելեկտիվ արբորտներից հետո հնարավոր բարդությունների մասին, մի շարք մասնակիցներ հավելել են, որ փորձում են «ընկերական, առանց ճնշում գործադրելու համոզել, որ արբորտ չանի», իսկ մեկ մասնակից նշել է, որ պացիենտի հետ խոսում է արբորտի բարոյական կողմի մասին՝ այն համարելով մեղք:

Չարցմանը մասնակից գիներկոլոգները նշել են, որ հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացնելուց անմիջապես հետո իրենք անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և/ կամ մեթոդների ընտրության վերաբերյալ անվճար խորհրդատվություն են տրամադրում: Սա կայն շատերը թերահավատություն են հայտնել նման խորհրդատվության արդյունավետության վերաբերյալ: Որոշ բժիշկներ հայտնել են կնոջ կողմից բազմակի արբորտներ կատարած, իրենց պրակտիկայում հանդիպած դեպքերի մասին: Մեկ այլ բժիշկ նշել է, որ Չայաստանյան հասարակությունում բեղմականիսման ու թոշ մեթոդների կամ մի ջոցների, օրինակ՝ հորմոնալ բեղմականիսիչների նկատմամբ վերաբերվում են թերահավատությամբ: Չարցագրույցների ընթացքում հաճախ է հնչել կարծիք, առ այն, որ անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև գիներկոլոգների ֆինանսական շարժառիթները, հատկապես երբ քննարկվում է արբորտ իրականացնելու հարցը: Մեկ գիներկոլոգ անկեղծորեն նշել է, որ իր կողմից արբորտի կանխարգելմանն ուղղված խորհրդատվությունը չի վճարվում, իսկ արբորտ իրականացնելու պարագայում՝ ինքը կվճարվի:

Բժիշկների շրջանում օրենսդրական սահմանափակումներով սեռով պայմանավորված արբորտները կանխարգելելու արդյունավետության վերաբերյալ կարծիքները նույնպես հակասական են: Ծառերը նշել են, թե իրենց պրակտիկայում թեև հազվադեպ, բայց հանդիպում են դեպքեր, երբ եռօրյա ժամկետից հետո կանայք չեն վերադառնում արբորտ իրականացնելու համար: Բժիշկների հավաստմամբ, կանանցից

<sup>69</sup> «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» ՉՉ կառավարության 2017թ. փետրվարի 23-ի թիվ 180-Ն որոշում.

ոմանք շարունակում են հղիության կոնսուլտացիաները իրենց բուժհաստատությունում, իսկ մյուսները, ամենայն հավանականությամբ դիմում են այլ բժշկական հաստատություն՝ աբորտ իրականացնելու համար:

► **ՊՍԽԸ դեմ պայքարի միջոցառումների արդյունավետության վերաբերյալ գնահատումների ամփոփիչ եզրակացությունը**

Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման միջոցառումները գերազանցապես ուղղված են եղել այս ոլորտում Հայաստանի Հանրապետության ստանձնած պարտավորությունների կատարմանը:

1. Հայաստանում պատկան և շահագրգիռ մարմինների կողմից որդեգրվել է համապարփակ քաղաքականություն՝ իրավական կարգավորման գործիքները համատեղելով հասարակության իրազեկմանը, աղջիկ երեխայի արժևորմանը, խտրականությունը կանխարգելող, ինչպես նաև այդ նպատակներին հասնելու համար անհրաժեշտ մարդկային կապիտալի և ինստիտուցիոնալ կարողությունների ձևավորմանն ուղղված միջոցառումների հետ:
2. Պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների վերաբերյալ ներկա իրավական կարգավորումները ունեն որոշակի դրական ազդեցության՝ մասնավորապես, վկայում են երևույթի դեմ պայքարելու՝ պետության հաստատակամության մասին:
3. Հայաստանում համեմատաբար կարճ ժամանակահատվածում և սահմանափակ ֆինանսական ռեսուրսների ներդրման պայմաններում հնարավոր է եղել գրանցել նորածինների սեռերի հարաբերակցության գործակցի նշանակալի բարելավում: Եթե 2010 թ. նորածին տղաների թվաքանակի հարաբերակցությունը 100 կենդանածին աղջկա նկատմամբ եղել է 115, ապա 2021թ. տվյալներով 100 աղջկա դիմաց ծնվել է 108,8 տղա:
4. Մյուս կողմից՝ աբորտից առաջ բժշկի կողմից տրամադրվող խորհրդատվության ծավալը և բովանդակությունը մեծամասամբ կախված է նրա մոտիվացիայից, արժեքներից և մոտեցումներից, ինչը ռիսկեր է պարունակում ծրագրային արդյունքների պահպանման և հետագա զարգացումների ապահովման տեսանկյունից:
5. Մասնագետները վկայում են, որ արձանագրված ձեռքբերումը հնարավոր է կարճ ժամանակում կորցնել՝ եթե համալիր միջոցառումների իրականացումը շարունակական չլինեն: Ասվածի ապացույցը 2022թ. արձանագրված իրավիճակի վատացումն է: Նորածինների սեռերի համամասնության շեղումը 2021թ.-ի համեմատ ավելացել է 3 միավորով, կազմելով 100:111,9:

► **Ամփոփում և եզրահանգումներ, առաջիկա անելիքները**

Առկա հետազոտությունները վկայում են, որ 2018 թ. հաջորդիվ նկատվել է ՆՍԱ դեմ պայքարի ծրագրային միջոցառումների և հատկապես հանրային իրազեկման միջոցառումների նվազում, ինչը մտահոգիչ է ձեռքբերումների պահպանման հնարավորության տեսանկյունից:

Պտղի սեռի խտրական ընտրության և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման կանխարգելման քաղաքականության շրջանակներում առաջիկա անելիքները պետք է ուղղված լինեն ծրագրային միջոցառումների շարունա-

կականության ապահովմանը, մշտադիտարկման հետագա աշխատանքների իրականացմանը, ինչպես նաև ինստիտուցիոնալ համագործակցության հետագա զարգացմանը:

► **Սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանն ուղղված առաջարկվող գործողություններն են՝**

- 1) Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման պետական քաղաքականության իրականացման մշտադիտարկում, բժշկական կազմակերպություններում գործող պրակտիկաների գնահատմամբ:
- 2) Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելմանն ուղղված՝ մարդու վերարտադրողական իրավունքների և վերարտադրողական առողջության ոլորտում իրավական կարգավորման ակտերի ներդրման գնահատում և կատարողականի բարելավում:
- 3) Նորածինների սեռային կազմի ընթացիկ մշտադիտարկում շահագրգիռ գերատեսչությունների, հասարակական և միջազգային կազմակերպությունների ներկայացուցիչների և փորձագետների մասնակցությամբ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման վերաբերյալ կլոր-սեղան քննարկումների շարունակական իրականացում և իրավիճակային նոր առաջարկությունների մշակում:
- 4) Բժիշկների, այդ թվում՝ առաջնային օղակի բուժաշխատողների, միջին բուժանձնակազմի, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, սոնոգրաֆիստների վերապատրաստման շարունակական մասնագիտական զարգացման (ՇՄԶ), ինչպես նաև հետդիպլոմային կրթական ծրագրերում, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման, աղջիկ երեխայի արժևորման, բժշկական, այդ թվում՝ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման մասնագիտական և էթիկայի վերաբերյալ հարցերի ներառում՝ թեմատիկ դասընթացների իրականացում:
- 5) Երեխայի սեռի խտրական ընտրության և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելմանն ուղղված հանրային քարոզչության աշխատանքների ուժեղացում, տեղեկատվական, կրթական և հաղորդակցության նյութերի մշակում, հրատարակում և տարածում:
- 6) Սոցիալական ցանցերում երեխայի սեռի խտրական ընտրության և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման վերաբերյալ քննարկումների շարունակական գործընթացի ապահովում:
- 7) Սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանն ուղղված համայնքային իրազեկման ծրագրերում բուժաշխատողների, մասնավորապես, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, մանկաբարձուհիների, ընտանեկան բժիշկների, գերձայնային հետազոտության մասնագետների և ինչպես նաև հոգևոր հովիվների, սոցիալական աշխատողների, հղիի անմիջական և ընդլայնված ընտանիքի անդամների ակտիվ ներգրավում, որպես այդ գործընթացում առավել ազդեցիկ և կարևոր դերակատարների:

## ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՀՀ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

### 1. «ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ» ՀՀ ՕՐԵՆՔԸ<sup>1</sup>

#### Հոդված 10.

Հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը)

Յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) իրավունք: Հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը) (այսուհետ՝ ընդհատում)

1) մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն: Բժշկական ցուցումների դեպքում ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը իրականացվում է կնոջ գրավոր համաձայնությամբ:

2) 12-ից մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է բացառապես բժշկական (ներառյալ՝ սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականության դեպքում) կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում՝ կնոջ գրավոր համաձայնությամբ:

2. Բժշկի կողմից բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների՝ սույն հոդվածի 8-րդ մասով նախատեսված կարգով ընդունված ցանկում չնախատեսված որևէ այլ դեպքում, ներառյալ՝ սեռով պայմանավորված 12-ից մինչև 22 շաբաթական ընդհատումն արգելվում է:

3. Ընդհատումը անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի համապատասխան ակտով ստեղծված մշտապես գործող բժշկական հանձնաժողովի որոշման հիման վրա:

4. Սույն հոդվածի 1-ին մասի 1-ին կետով նախատեսված դեպքերում ընդհատումից առաջ բժիշկը իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 12-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը), որը հաշվվում է կնոջ՝ ընդհատման համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից:

5. Ընդհատումը կարող է իրականացվել միայն մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում:

6. Ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջը ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

7. Ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջը անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ)

<sup>1</sup> <https://www.arlis.am/>



մեթոդների ընտրության վերաբերյալ տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

8. Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը հաստատում է հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները, ներառյալ՝

1) ընդհատման հակացուցումները և անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկը.

2) ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկը.

3) մինչև 12 շաբաթական ընդհատման համար հղի կնոջ կողմից ներկայացվող գրավոր դիմումի ձևը.

4) բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներից ելնելով՝ ընդհատման համար հղի կնոջ կամ նրա օրինական ներկայացուցչի կողմից ներկայացվող գրավոր համաձայնության ձևը.

5) անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) հղիության ընդհատման համար նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցիչների կողմից գրավոր համաձայնության ձևը:

9. Սույն հոդվածով սահմանված պահանջների խախտումն առաջացնում է օրենքով նախատեսված պատասխանատվություն:

**(10-րդ հոդվածը փոփ. 30.04.15 ՅՕ-24-Ն, խմբ. 29.06.16 ՅՕ-134-Ն)**

### **Հոդված 11.**

Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը

1. Հայաստանի Հանրապետությունում թույլատրվում է կիրառել վերարտադրողականության հետևյալ օժանդակ տեխնոլոգիաները.

1) արհեստական սերմնավորում ամուսնու կամ դոնորական սերմով.

2) արհեստական (արտամարմնական/փորձանոթային) բեղմնավորում ամուսնու կամ դոնորական սերմով և սաղմի ներպատվաստում.

3) դոնորական սաղմի ներպատվաստում փոխնակ մոր արգանդում:

2. Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաները կիրառվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմնի հաստատած բժշկասոցիալական ցուցումների հիման վրա:

3. Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման դեպքում ապագա երեխայի սեռը պլանավորել չի թույլատրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականություն, կամ ընտանիքն ունի նույն սեռի 3 երեխա:

4. Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգը, մեթոդների տարատեսակներն ու բժշկական գործելակերպը սահմանում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը:

5. Արհեստական սերմնավորումը կարող է իրականացվել գինեկոլոգիական կամ վերարտադրողաբանական (ռեպրոդուկտոլոգիական) բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների շրջանակներում, արհեստական (արտամարմնական /փորձանոթային) բեղմնավորումը և սաղմի ներպատվաստումն իրականացվում են վերարտադրողաբանական (ռեպրոդուկտոլոգիական) բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակի շրջանակներում:

**(11-րդ հոդվածը փոփ. 21.03.12 ՅՕ-85-Ն, լրաց. 04.06.21 ՅՕ-264-Ն)**

## 2. ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԻՐԱՎԱԽԱՆՏՈՒՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԶՅ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔ

**ԶՅ օրենքը «ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԻՐԱՎԱԽԱՆՏՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԶԱՅԱՍՏԱՆԻ ԶԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔՈՒՄ ԼՐԱՑՈՒՄՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ»<sup>2</sup>**

### **Յոդված 1.**

Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ Յայաստանի Յանրապետության 1985 թվականի դեկտեմբերի 6-ի օրենսգիրքը (այսուհետ՝ Օրենսգիրք) լրացնել հետևյալ բովանդակությամբ 47.12-րդ և 47.13-րդ հոդվածներով.

**«Յոդված 47.12. Բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատում (աբորտ) կատարելուց առաջ և հետո օրենքով նախատեսված անհրաժեշտ միջոցառումներ չիրականացնելը**

1. Բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատումից (աբորտից) առաջ կնոջը հղիության արհեստական ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ անվճար խորհրդատվություն չտրամադրելը կամ խորհրդատվություն տրամադրելու մասին բժշկական փաստաթղթերում գրառումներ չկատարելը՝

առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի քառասնապատիկից հիսնապատիկի չափով:

2. Բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատումից (աբորտից) անմիջապես հետո կնոջը անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն չտրամադրելը կամ խորհրդատվություն տրամադրելու մասին բժշկական փաստաթղթերում գրառումներ չկատարելը՝

առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի քառասնապատիկից հիսնապատիկի չափով:

3. Բժշկի կողմից հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) բժշկական միջամտությունից անմիջապես առաջ հղի կնոջը հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու՝ օրենքով նախատեսված ժամանակահատված չտրամադրելը՝ առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի ութսունապատիկից հարյուրապատիկի չափով:

4. Սույն հոդվածով նախատեսված արարքը կրկին կատարելը վարչական տույժի միջոցներ կիրառելուց հետո՝ մեկ տարվա ընթացքում՝

առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ տվյալ արարքի համար սույն հոդվածով նախատեսված տուգանքի կրկնապատիկի չափով:

### **Յոդված 47.13.**

**Օրենքով թույլատրված դեպքերում հղիության արհեստական ընդհատում (աբորտ) իրականացնելիս օրենքով նախատեսված պարտադիր փաստաթղթերը չստանալը**

1. Օրենքով թույլատրված հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտի) դեպքում բժշկի կողմից հղի կնոջ կամ նրա օրինական ներկայացուցչի գրավոր դիմումը

<sup>2</sup> <https://www.arlis.am/>

կամ գրավոր համաձայնությունը չստանալը՝ առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի ութսունապատիկից հարյուրապատիկի չափով:

2. Բժշկի կողմից օրենքով նախատեսված դեպքում հղիության արհեստական ընդհատումն առանց բժշկական հանձնաժողովի որոշման իրականացնելը՝

առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի ինսունապատիկից հարյուրապատիկի չափով:

3. Սույն հոդվածով նախատեսված արարքը կրկին կատարելը վարչական տույժի միջոցներ կիրառելուց հետո՝ մեկ տարվա ընթացքում՝

առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ տվյալ արարքի համար՝ սույն հոդվածով նախատեսված տուգանքի կրկնապատիկի չափով»:

**(47.12-րդ հոդվածը լրաց. 29.06.16 ՀՕ-135-Ն)**

### **3. ՀԱՔԱՎԱՆ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔ<sup>3</sup>**

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 10-րդ հոդվածով նախատեսված կարգի խախտումով ապօրինի աբորտ կատարելու դեպքում (այն թվում հոդվածի 2-րդ կետով նախատեսված դեպքերում, ներառյալ սելեկտիվ աբորտի կատարումը) դեպքի վարույթն, ըստ գործող օրենսդրության, իրականացվում է իրավապահ մարմինների կողմից՝ Քրեական օրենսգրքի 122 հոդվածին համապատասխան: Այն է.

Համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն ունեցող անձի կողմից ապօրինի աբորտ կատարելը՝

- ✓ պատժվում է տուգանքով՝ նվազագույն աշխատավարձի առավելագույնը հարյուրապատիկի չափով, կամ կալանքով՝ առավելագույնը մեկ ամիս ժամկետով՝ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկելով՝ առավելագույնը երեք տարի ժամկետով:
- ✓ Համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն չունեցող անձի կողմից ապօրինի աբորտ կատարելը պատժվում է տուգանքով՝ նվազագույն աշխատավարձի առավելագույնը երկուհարյուրապատիկի չափով, կամ կալանքով՝ մեկից երեք ամիս ժամկետով, կամ ազատազրկմամբ՝ առավելագույնը երկու տարի ժամկետով:
- ✓ Սույն հոդվածի առաջին կամ երկրորդ մասով նախատեսված գործողությունները, որոնք անզգուշությամբ առաջացրել են տուժողի մահ կամ ծանր վնաս են պատճառել նրա առողջությանը պատժվում են ազատազրկմամբ՝ առավելագույնը հինգ տարի ժամկետով՝ որոշակի պաշտոններ զբաղեցնելու կամ որոշակի գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքից զրկելով՝ առավելագույնը երեք տարի ժամկետով:

**(122-րդ հոդվածը փոփ. 01.06.06 ՀՕ-119-Ն, 23.05.11 ՀՕ-143-Ն)**

<sup>3</sup> <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=69646>

#### **4. «ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐԻԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԿԱՐԳՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ» ՀՀ կառավարության 2017 թ. փետրվարի 23-ի թիվ 180–Ն որոշում<sup>4</sup>**

Որոշմամբ սահմանված են հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումները, ինչպես նաև բուժօգնության կազմակերպման այլ իրավակարգավորումներ: Փաստաթուղթը հասանելի է հետևյալ հղումով:

#### **ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐԻԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԿԱՐԳՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

1. Սույն կարգով կարգավորվում են կնոջ հղիության արհեստական ընդհատման հետ կապված հարաբերությունները:

2. Սույն կարգում «հղիության արհեստական ընդհատում» հասկացությունը կիրառվում է «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում կիրառվող իմաստով:

3. Հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է՝ վիրահատական կամ դեղորայքային մեթոդով:

4. Հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատական մեթոդն արգանդի խոռոչից պտղաձվի և պտղաթաղանթների գործիքային հեռացումն է, իսկ դեղորայքային ընդհատումը՝ հղիության ընդհատումն է՝ հղիության ընդհատման համար նախատեսվող դեղի ընդունման միջոցով:

5. Հղիության արհեստական ընդհատման հակացուցումները լինում են ըստ վիրահատական և դեղորայքային մեթոդների:

6. Հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատական մեթոդի հակացուցումներն են՝

- 1) կանանց սեռական օրգանների սուր և ենթասուր բորբոքային հիվանդությունները.
- 2) ցանկացած տեղակայման սուր և ենթասուր բորբոքային վիճակները:

7. Հղիության արհեստական ընդհատման դեղորայքային մեթոդի հակացուցումներն են՝

1) խրոնիկական կամ սուր երիկամային, մակերիկամային կամ լյարդային անբավարարությունը.

2) արյան հիվանդությունները՝ ժառանգական պորֆիրիա, վիճակներ, որոնք ուղեկցվում են արյան մակարդունակության անկումով.

3) տվյալ ժամանակահատվածում անտիկոագուլյանտների օգտագործումը.

4) կնոջ կողմից հղիության ընդհատման համար ընդունվող դեղի նկատմամբ ալերգիայի առկայությունը.

5) երկարատև բուժումը կորտիկոստերոիդներով.

6) գերձայնային հետազոտությամբ հաստատված արտաարգանդային հղիությունը կամ դրա կասկածը.

7) ներարգանդային պարուլյի առկայությունը՝ արգանդի խոռոչում:

8. Կնոջ մոտ հղիության արհեստական ընդհատման այլ հակացուցումների առկայության դեպքում հարցը լուծվում է անհատականորեն՝ կոնսիլիումի միջոցով՝ ելնելով կոնկրետ իրավիճակից:

9. Հղիության արհեստական ընդհատման հակացուցումների որոշման համար

<sup>4</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=111980>

իրականացվում են հետևյալ հետազոտությունները՝

1) հղիության վաղ (մինչև հղիության 12 շաբաթականը) ժամկետներում՝

ա. անամնեզի հավաքում, ընդհանուր առողջական վիճակի և հակացուցումների գնահատում,

բ. հղիության ժամկետի որոշում, երկձեռքանի գինեկոլոգիական հետազոտություն, իսկ կասկածելի դեպքերում՝ Էխոսկոպիա,

գ. արյան խմբի և ռեզուս-պատկանելության որոշում, եթե դրանք անհայտ են,

դ. լրացուցիչ հետազոտություններ՝ ելնելով կնոջ ընդհանուր առողջական վիճակից և բժշկական ցուցումներից.

2) հղիության ուշ ժամկետներում (12 շաբաթական և ավելի)՝

ա. սույն կարգի 9-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված հետազոտություններից բացի, ելնելով ախտաբանության բնույթից, սույն կարգի 16-րդ կետով նախատեսված հանձնաժողովի որոշմամբ կատարվում են լրացուցիչ հետազոտություններ:

10. Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումները պայմանավորված են հղի կնոջ կամ պտղի (երեխայի) կյանքի հետ անհամատեղելի ախտաբանությունների կամ շտկման չենթարկվող արատների/հիվանդությունների հետ: Սույն կարգի 11-րդ կետով չսահմանված հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում հղիության ընդհատման հարցը լուծվում է սույն կարգի 16-րդ կետի համաձայն ստեղծված հանձնաժողովի որոշմամբ:

11. Հղիության արհեստական ընդհատման՝ կնոջ վիճակով պայմանավորված բժշկական ցուցումներն են՝

1) վարակիչ և մակաբուժային հիվանդություններ (EJ00-Fի99) (A00-B99) (ընդհատումը կատարվում է սուր վիճակից դուրս գալուց հետո)՝

ա. տուբերկուլյոզի բոլոր ակտիվ ձևերը (A15-A 19),

բ. վիրուսային հեպատիտի ծանր ձևերը (B 15-B19),

գ. սիֆիլիսի բոլոր ձևերը (A51.0),

դ. կարմրախտը (B 25-B34),

ե. մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի կամ ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշի առկայությունը (B 20-B24).

2) Չարորակ նորագոյացություններ՝

ա. ցանկացած տեղակայման չարորակ նորագոյացությունների առկայությունը ներկայում կամ անցյալում (Uի00-Uի90), (C00-ի90), (C81-C96).

3) Էնդոկրին համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության հիվանդություններ (ի00-C97) (E 00-E 90)՝

ա. թիրեոտոքսիկոզի միջին և ծանր ձևերը (E 00-E 07),

բ. բնածին, ձեռքբերովի հիպոթիրեոզի դեկոմպենսացված ձևը (E 20-E 35),

գ. շաքարային դիաբետի ծանր ձևը (E 10-E 14),

դ. մակերիկամների ախտահարումը՝ ծանր ընթացքով (E 27).

4) արյունաստեղծ օրգանների և արյան հիվանդությունները՝ հաճախակի սրացումներով, ծանր ընթացքով (Դ 50-Դ 89), (D 50-D 89)՝

ա. ապլաստիկ անեմիան (D 60-D 64),

բ. վազոպաթիաները (Վերլ-Յոֆի, Շեյլեն-Յենոխի հիվանդություններ) (D 65-D 69).

5) հոգեկան խանգարումներ (ԷՖ 00-ԷՖ 99) (F00-F 99)՝

ա. մանյակալ-դեպրեսիվ պսիխոզները, շիզոֆրենիան կամ հոգեկան այլ խանգարումները, որոշման ընդունման անընդունակությամբ (F00-F 99),

բ. մտավոր հետամնացությունը (F 70-F 79).

6) Նյարդային համակարգի և զգայարանների հիվանդություններ (ՁԻ00-ՁԻ99) և (G00-G99)՝

ա. կենտրոնական նյարդային համակարգի սուր բորբոքային հիվանդությունները (մենինգիտ, Էնցեֆալիտ, միելիտ, մենինգոէնցեֆալիտ և այլն) (G00-G09),

բ. նյարդային համակարգի ժառանգական ու դեգեներատիվ հիվանդությունները և այլ բնույթի օրգանական ախտահարումները (G30-G32),

գ. Էպիլեպսիան (G40),

դ. բորբոքային և տոքսիկ ներոպաթիան (G60-G364),

ե. մկանային դիստրոֆիաները և միոպաթիաների այլ ձևեր (G70-G73),

զ. տեսողական համակարգի հիվանդությունները, որոնք ուղեկցվում են կուրությամբ կամ տեսողության սրության այնպիսի իջեցմամբ և կամ տեսադաշտի այնպիսի նեղացմամբ, որոնք չեն ենթարկվում շտկման (H53-54),

է. վեստիբուլյար ապարատի հիվանդությունները, որոնք ուղեկցվում են բուժման չենթարկվող գլխապտույտի համախտանիշով (H80-H83),

բ. լիմֆատիկ և արյունաստեղծ համակարգի չարորակ նորագոյացությունները և խլությունը, խուլ-համրությունը՝ բնածին, ժառանգական ծագմամբ (H91.3).

7) սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններ (Այ00-Այ99I), (I 00-I99)՝

ա. արյան շրջանառության 3-րդ կամ 4-րդ աստիճանի անբավարարությամբ ուղեկցվող սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները (I 26-I 28),

բ. սիստեմային հիվանդությունները, կոլլագենոզները՝ ակտիվ փուլում, ծանր ընթացքով (I 00-I 02),

գ. հիպերտոնիկ հիվանդությունը՝ 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի (I 10-I 15),

դ. սրտի ռիթմի խանգարումները՝ նախասրտերի ու փորոքների ֆիբրիլյացիա և շողացում (I 44.0-I 47.0),

ե. աորտայի անևրիզման (I 71.0),

զ. անոթների Էմբոլիան և թրոմբոզը (I 26,0),

է. սրտի բնածին և ձեռքբերովի արատները՝ արյան շրջանառության անբավարարությամբ (I 50.0),

ը. միտրալ կոմիսուրոտոմիայից հետո ռեստենոզը՝ թոքային հիպերտենզիայի առկայությամբ (I 27.2),

թ. առաջնային թոքային գերճնշումը (I 27.0).

8) շնչառական օրգանների հիվանդությունները (ՁԵյ 00-ՁԵյ99), (J 00-J.99)՝

ա. շնչուղիների, բրոնխների, կոկորդի ստենոզը՝ ծանր ընթացքով (J 00-J.06),

բ. բրոնխիալ ասթմայի ծանր ձևերը (J 45),

գ. բրոնխէկտատիկ հիվանդության ծանր ձևերը (J 47),

դ. թոքերի և պլերայի հիվանդությունները՝ թոք-սրտային անբավարարությամբ (I 50.1-I 50.9).

9) մարսողական օրգանների հիվանդություններ (K20-K31)՝

ա. կերակրափողի նեղացումը՝ բուժավորման չենթարկվող (K39.3),

բ. արհեստական կերակրափողը (K 22.9),

գ. ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցը՝ ստենոզի և արյունահոսության առկայությամբ (K 26),

դ. որովայնի պատի մեծ չափերի ճողվածքը (K43),

ե. ոչ ինֆեկցիոն էնտերիտները և կոլիտները՝ ուղեկցվող աղիքային արյունահոսությամբ (K31.9),

- գ. վիրահատված ստամոքսի համախտանիշը (K31),
- Է. լյարդի ցիռոզը (K 74),
- ը. լեղաքարային հիվանդությունը՝ ուղեկցվող դեղնությամբ (K80.3-80.5),
- թ. ենթաստամոքսային գեղձի հիվանդությունները՝ ծանր ընթացքով (K 85.8).
- 10) միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (Eև00-Eև99), (N 00-N 99)՝
- ա. սուր գլոմերուլոնեֆրիտը (N 00-N 08),
- բ. երիկամային անբավարարությամբ ուղեկցվող միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (N 17-N 19),
- գ. երիկամների և միզուղիների ինֆեկցիաները՝ ուղեկցվող կայուն հիպերտոնիայով և ֆունկցիայի խանգարմամբ (N 30-N 39),
- դ. բնածին նեֆրոտիկ համախտանիշը (N 11),
- ե. հիդրոնեֆրոզը (N 13.2).
- 11) վուլգար պեմֆիգոս (L 10-L 14).
- 12) ոսկրամկանային համակարգի, շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ (M00-M99)՝
- ա. անկիլոզային սպոնդիլիտը (M49.),
- բ. օստեոխոնդրոպաթիաները (M90).
- 13) բնածին անոմալիաներ, ժառանգական հիվանդություններ (Q.00-Q49)՝
- ա. ծնողներից մեկի մոտ դոմինանտ ժառանգվող հիվանդությունը,
- բ. ծնողների մոտ բազմազեն հիվանդությունների հետերոզիգոտակրությունը.
- 14) վիճակներ՝
- ա. կենսական կարևորության օրգանի հեռացումից հետո,
- բ. կենսական կարևոր օրգանների փոխպատվաստումից հետո.
- 15 ) ֆիզիոլոգիական վիճակներ՝
- ա. կնոջ օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական չհասության վիճակը (16 տարեկան և փոքր),
- բ. կնոջ վերարտադրողական համակարգի ֆունկցիայի մարման վիճակը (45 տարեկան և ավելի).
- 16) հղիության գեստոզների ծանր ձևեր՝ պոլիօրգանային ծանր խանգարումներով՝ ոչ արդյունավետ ստացիոնար բուժման դեպքում (O.10-O.16):
- 12. Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումներն են՝ կապված պտղի կամ երեխայի ախտաբանական վիճակի հետ՝
- 1) մահացած պտուղը.
- 2) կյանքի հետ անհամատեղելի զարգացման արատի ախտորոշումը՝ պտղի մոտ.
- 3) նույնանման զարգացման արատներով երեխայի կրկնակի ծնունդը.
- 4) ընտանիքում սեռի հետ փոխկապակցված ժառանգական հիվանդություններով երեխայի ծնունդը.
- 5) բնածին արատները, որոնք հանգեցնում են վերականգնման ոչ ենթակա կենսագործունեության սահմանափակման:
- 13. Հղիության արհեստական ընդհատման սոցիալական ցուցումներն են՝
- 1) հղիության ընթացքում ամուսնու մահը.
- 2) կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժն ազատազրկման վայրում կրելը.
- 3) հղիության ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով ամուսնալուծությունը.
- 4) հղիությունը՝ բռնաբարության արդյունքում:

## **II. ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐԻԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

14. Հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացվում է մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում (այսուհետ՝ առողջապահական հաստատություն):

15. Կնոջ կողմից ներկայացված գրավոր դիմումի (N 1 ձև) համաձայն մինչև 12 շաբաթական հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացվում է կնոջ ընտրած մեթոդով (վիրահատական կամ դեղորայքային), եթե բացակայում են սույն կարգի 6-րդ կամ 7-րդ կետերով սահմանված հղիության ընդհատման բժշկական հակացուցումները:

16. Անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) հղիության արհեստական ընդհատման համար, բացի սույն կարգի 15-րդ կետով սահմանված դիմումից (N 1 ձև), ներկայացվում է նրա օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությունը (N 2 ձև): Օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությունն ներկայացնելու անհնարինության դեպքում հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացվում է առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի համապատասխան ակտով ստեղծված, մշտապես գործող բժշկական հանձնաժողովի (այսուհետ՝ հանձնաժողով) որոշման հիման վրա: Օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությունն ներկայացնելու անհնարինության դեպքում N 2 ձևը չի լրացվում: Բժշկական հանձնաժողովն իրավասու է ուսումնասիրելով անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) բժշկական փաստաթղթերը և օբյեկտիվ հետազոտության արդյունքները՝ ընդունելու հղիության արհեստական ընդհատում իրականացնելու կամ դրա իրականացումը մերժելու մասին հիմնավորված որոշում:

17. Սույն կարգի 11-րդ կամ 12-րդ կամ 13-րդ կետերով սահմանված բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է հանձնաժողովի հիմնավորված որոշման հիման վրա՝ հղի կնոջ գրավոր համաձայնությամբ (N 3 ձև), իսկ օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերած անչափահասի դեպքում նրա օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությամբ (N 3 ձև)՝ կցելով Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով սոցիալական ցուցումը հաստատող փաստաթղթերը (ամուսնու մահվան դեպքում՝ մահվան վկայականի պատճենը, կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժը ազատագրկման վայրում կրելու կամ բռնաբարության դեպքում՝ դատարանի օրինական ուժի մեջ մտած դատավճռի օրինակը, ամուսնալուծության դեպքում ամուսնալուծության վկայականի պատճենը), իսկ բժշկական ցուցումի առկայության դեպքում՝ կնոջ ավտորոշումը հավաստող համապատասխան բժշկական փաստաթուղթը:

18. Հղիության արհեստական ընդհատում կատարելու համար հղի կինը կարող է դիմել առողջապահական հաստատություն՝ կանանց կոնսուլտացիայի ուղեգրով՝ նախապես սույն կարգի 9-րդ կետով նախատեսված հետազոտություններն անցնելուց հետո:

19. Հղի կինը կարող է դիմել առողջապահական հաստատություն՝ առանց ուղեգրի: Այս դեպքում սույն կարգի 9-րդ կետով նախատեսված հետազոտություններն անցկացվում են տվյալ առողջապահական հաստատությունում:



20. Սույն կարգի ինչպես 18-րդ, այնպես էլ 19-րդ կետերով նախատեսված դեպքերում հղի կնոջ կողմից ներկայացվում է սույն կարգի N 1 ձևով սահմանված դիմում, որը նախապես գրանցվում է առողջապահական հաստատության՝ այդ նպատակով վարվող գրանցամատյանում՝ համաձայն N 4 ձևի:

21. Մինչև հղիության արհեստական ընդհատումը, առողջապահական հաստատության բժիշկն իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում ընդունելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 12-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը), որը հաշվվում է կնոջ՝ ընդհատման համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից:

22. Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջը ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ տրամադրել անվճար խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

23. Հղիության արհեստական ընդհատումը վիրահատական մեթոդով կատարվում է տեղային կամ ընդհանուր անզգայացմամբ:

24. Հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջն անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում, և որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

25. Առողջապահական հաստատությունում հղիության արհեստական ընդհատման համար դիմած յուրաքանչյուր կնոջ համար վարվում է հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտ, որի ձևը հաստատում է առողջապահության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմինը: Հղիության արհեստական ընդհատման փաստն արհեստական ընդհատում կատարող մանկաբարձ-գինեկոլոգը գրանցում է հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտում և գրանցամատյանում: Սույն կարգի 18-րդ կետով նախատեսված ուղեգրի առկայության դեպքում այն կցվում է հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտին :

26. Հղիության արհեստական ընդհատումից հետո կնոջ առողջապահական հաստատությունում գտնվելու ժամկետը որոշում է հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացրած մանկաբարձ-գինեկոլոգը՝ ելնելով կնոջ առողջական վիճակից, սակայն առնվազն 4 ժամ բավարար վիճակի դեպքում առողջապահական հաստատությունում գտնվելու պայմանով:

27. Արյանռեզուս-բացասական պատկանելությամբ կնոջ առաջին հղիության, ինչպես նաև հետագայում երեխա ունենալու ցանկության դեպքում, հղիության 8 շաբաթական ժամկետից բարձր հղիության արհեստական ընդհատումից հետո պետք է կատարվի մարդկային հակառեզուս D իմունոգլոբուլինի ներարկում հղիության արհեստական ընդհատումից հետո առաջին 48 ժամերի ընթացքում՝ առողջապահության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմնի կողմից հաստատված ընթացակարգով:

### **III. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐՈՎ ԿՐԴԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՅԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

28. Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումը որոշվում է՝ համաձայն սույն կարգի 11-րդ և 12-րդ կետերով սահմանված ցանկի, արտահիվանդանոցային կամ հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգի, մանկաբարձագինեկոլոգիական (մանկաբարձական) ծառայության ղեկավարի, ինչպես նաև այն ավագ բուժաշխատողի մասնակցությամբ, որի մասնագիտական գործունեության ոլորտին է վերաբերում հղի կնոջ հիվանդությունը կամ ախտաբանական վիճակը:

29. Հիվանդանոցային առողջապահական հաստատություններում հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցման առկայության դեպքում հղիության ընդհատման բժշկական քարտում կատարվում է համապատասխան գրանցում՝ վավերացված ավագ բուժաշխատողի կողմից, որի մասնագիտական գործունեության ոլորտին է պատկանում հղի կնոջ հիվանդությունը կամ ախտաբանական վիճակը, բուժող բժշկի և առողջապահական հաստատությունում գործադիր մարմնի ղեկավարի ստորագրություններով: Հղիության ընդհատման բժշկական քարտին կցվում է հղիի մոտ բժշկական ցուցումը/ախտորոշումը հավաստող համապատասխան բժշկական փաստաթուղթը:

**5. «ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՁևԸ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ԼՐԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊՏՐԻ ՍԵՌՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԱԲՈՐՏԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ» ՀՀ ԱՆ 2022թ. դեկտեմբերի 27-ի N 3403-Ա հրաման**

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՐԿՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

ՀՐԱՄԱՆ

«27» դեկտեմբեր 2018 թ. No 3403 - Ա

**ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՁԵՎԸ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ԼՐԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊՏՐԻ ՍԵՌՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԱԲՈՐՏԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի առաջին հոդվածի 11-րդ կետը և 19.3-րդ հոդվածի 11-րդ ենթակետը, «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ և 11-րդ հոդվածների պահանջները, «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2017 թ. փետրվարի 23-ի N 180-Ն որոշման 25-րդ կետը, ՀՀ կառավարության 2002 թ. N 1936 որոշման 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետը, ՀՀ վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշմամբ հաստատված ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետը, հղիության արհեստական ընդհատումների գործընթացի կանոնակարգման, աբորտների կրճատման և պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելման, ինչպես նաև ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված ընթացակարգերի ներդրման արդյունավետության բարձրացման նպատակով,

Հրամայում եմ՝

1. Հաստատել.

- 1) Հղիության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ընթացակարգը, համաձայն հավելված 1-ի:
- 2) Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտի ձևը՝ Ներդիրներով, համաձայն հավելված 2-ի:
- 3) Հղիության արհեստական ընդհատման քարտի լրացման կարգը, համաձայն հավելված 3-ի:
- 4) Սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման խորհրդատվական թերթիկը բուժաշխատողի համար, համաձայն հավելված 4-ի:

2. Հղիության արհեստական ընդհատումների հետ կապված բժշկական օգնություն

և սպասարկում իրականացնող ծննդօգնության հաստատությունների ղեկավարներին.

- 1) հղիությունների արհեստական ընդհատման իրականացման գործընթացը կազմակերպել ՀՀ օրենսդրությամբ և սույն հրամանով հաստատված ընթացակարգի պահանջներին և պայմաններին համապատասխան:
- 2) Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպության տնօրինությունը, ելնելով բուժհաստատության կառուցվածքային առանձնահատկություններից կարող է սահմանել հղիության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ներքին ընթացակարգ, պահպանելով սույն հրամանով հաստատված հավելվածների պահանջ-պայմանները:
- 3) Ընդունելի գիտություն, որ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգի խախտմամբ իրականացված հղիության արհեստական ընդհատման դեպքերը ենթակա են վարչական պատասխանատվության՝ «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգրքի (հոդվածներ՝ 47.12. և 47.13) և/կամ իրավապահ մարմինների վարույթի՝ ՀՀ Քրեական օրենսգրքի (հոդված 122.) դրույթներին համապատասխան:
3. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել նախարարի տեղակալ Սերգեյ Խաչատրյանին:

ԱՐՄԵՆ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

**Հավելված 1**  
**ՀՀ առողջապահության նախարարի 2018 թվականի**  
**դեկտեմբերի 27-ի N 3403 - Ա հրամանի**

**ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ**

**ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ**

**I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ**

1. Սույն ընթացակարգով կանոնակարգվում են հղիության արհեստական ընդհատումների հետ կապված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող ծննդօգնության հիվանդանոցային հաստատություններում աբորտների իրականացման գործընթացները և դրանց կապակցությամբ ծառայությունների տրամադրմանն առնչվող հարաբերությունները:
2. Հղիության արհեստական ընդհատումները իրականացվում են միայն ծննդօգնության հիվանդանոցային հաստատություններում՝ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածի (Հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը)) դրույթներին համապատասխան:
3. Հղիության արհեստական ընդհատման իրականացման կարգն ու պայմանները (ներառյալ՝ մեթոդները, հակացուցումները, բժշկական և սոցիալական

ցուցումները, ընթացակարգային առանձնահատկությունները) սահմանված են «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2017 թվականի փետրվարի 23-ի N 180-Ն որոշմամբ (այսուհետ՝ Կառավարության որոշում):

4. Հղիության արհեստական ընդհատումը (այսուհետ արբորտ) պետական պատվերի շրջանակներում/անվճար իրականացվում է ՀՀ կառավարության 2004 թ. N318 որոշմամբ հաստատված բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված կանանց, ինչպես նաև բժշկական և սոցիալական ցուցումներով:
5. Մինչև հղիության 12 շաբաթական ժամկետում, կնոջ ցանկությամբ՝ առանց բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների կատարվող արբորտները իրականացվում են պետական պատվերից դուրս՝ վճարովի:
6. Բժշկական կազմակերպությունում կատարված արբորտի յուրաքանչյուր դեպքի համար լրացվում է սույն հրամանի 2-րդ հավելվածով հաստատված Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտ (այսուհետ Քարտ)՝ կից ներդիրներով:
7. Արբորտ կատարող մանկաբարձ-գինեկոլոգը հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ կատարում է գրառումներ Քարտում և Հղիության արհեստական ընդհատման նպատակով քաղաքացու կողմից ներկայացվող դիմումների և միջամտությունների գրանցամատյանում (այսուհետ՝ Գրանցամատյան՝ հաստատված է Կառավարության N180 որոշմամբ՝ Ձև N4):
8. Գրանցամատյանը վարվում է ծննդօգնության հաստատության այն ստորաբաժանման կողմից, որտեղ իրականացվում են հղիության ընդհատումները՝ հղիության արհեստական ընդհատման բաժանմունքի (եթե այդպիսին առկա է), կամ այն բաժանմունքի, որտեղ առկա են արբորտի մահճակալներ:
9. Բժշկական կազմակերպության ղեկավարը հղիության ընդհատման կապակցությամբ կնոջ ներկայացվող գրավոր դիմումի (այսուհետ՝ Դիմում) ընդունման, հաշվառման և գրանցամատյանի վարման համար նշանակում է պատասխանատու բուժաշխատող:
10. Քարտը և Գրանցամատյանը, ինչպես նաև արբորտի հետ կապված բժշկական այլ փաստաթղթերը պարտադիր վարվում են թղթային տարբերակով, ըստ հաստատված ձևաչափերի: Բժշկական կազմակերպությունը կարող է նշյալ փաստաթղթերը զուգահեռաբար վարել նաև էլեկտրոնային տարբերակով, սակայն վերջինս պարտադիր կլինի առողջապահական միասնական էլեկտրոնային համակարգի ներդրման պարագայում:
11. Հղիության փաստը և ժամկետը վավերացվում է գործիքային/սոնոգրաֆիկ հետազոտությամբ և գրառվում Գրանցամատյանում/սյունակ 6:
12. Հղիության արհեստական ընդհատումը կնոջ ցանկությամբ թույլատրվում է կատարել մինչև հղիության 12 շաբաթական ժամկետը՝ նրա կողմից ներկայացված գրավոր դիմումի (այսուհետ՝ Դիմում) հիման վրա (Քարտի ներդիր N1): Այս հիմքով նախատեսված դեպքերում ընդհատումից առաջ

բուժաշխատողը հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել հղիության ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 12-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը): Երեք օրը հաշվվում է կնոջ կողմից արբորտի համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից (ըստ գրավոր դիմումի հիման վրա գրանցամատյանում կատարված գրառման ժամկետի):

13. Վերջնական որոշում կայացնելու համար կնոջը 3 օր տրամադրելու վերաբերյալ կատարվում է գրառում Դիմումի դարձ երեսին (Տրամադրվել է սպասելու 3-օրյա ժամանակահատված՝ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - ից \_\_\_\_ / \_\_\_\_ -ը, 20.....թ.) և ստորագրվում բուժաշխատողի ու հղիի կողմից:
14. Կնոջ կողմից հղիության ընդհատման վերաբերյալ որոշումը փոխելու և արբորտից հրաժարվելու կամ տրամադրված 3 օրվանը հաջորդող 3 օրերի ընթացքում չներկայանալու դեպքում բուժաշխատողը Գրանցամատյանի 10-րդ սյունակում կատարում է համապատասխան գրառում՝ Չի ներկայացել սահմանված ժամկետում, նշելով դատան՝ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20.....թ. և ստորագրում:
15. Մինչև հղիության 12 շաբաթական ժամկետը կնոջ դիմումով կատարվող արբորտը կարող է իրականացվել ծննդօգնության հիվանդանոցային հաստատության ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում՝ սույն կարգով սահմանված պահանջների և պայմանների պահպանմամբ:
16. 12-ից մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետում արբորտը կատարվում է բացառապես բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներով: Բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում արբորտը կատարվում է նաև հղիության մինչև 12 շաբաթական ժամկետը:
17. 12 շաբաթական ժամկետից մեծ հղիության դեպքում բժշկական կամ սոցիալական ցուցումով հղիության ընդհատումը՝ հղիի վիճակով և/կամ ախտաբանության բնույթով պայմանավորված կարող է կատարվել շուրջօրյա ստացիոնարի պայմաններում: Այս դեպքում լրացվում է ծնդօգնության հաստատության տվյալ բաժանմունքի հիվանդի վարման համապատասխան բժշկական փաստաթուղթը (Հիվանդության պատմագիր)՝ սույն ընթացակարգի պահանջների և պայմանների պարտադիր պահպանմամբ:
18. Բոլոր այն դեպքերում երբ կինը դիմել է հղիության ընդհատման համար, սակայն զննման կամ հետազոտությունների արդյունքում բացահայտվել են հղիության ընդհատման հակացուցումներ և արբորտ չի կատարվում, վերջինիս վերաբերյալ բժշկի կողմից կատարվում է գրառում համապատասխան բժշկական փաստաթղթում (Դիմումի դարձ երեսին, Հիվանդության պատմագրում կամ Ամբուլատոր քարտում) և հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտ չի լրացվում:
19. Այն դեպքերում երբ բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատման անհրաժեշտության վերաբերյալ առկա է հանձնաժողովային եզրակացություն, սակայն կինը/օրինական ներկայացուցիչը արբորտից կտրուկ հրաժարվում է, բժշկի կողմից տրամադրվում է խորհրդատվություն՝ հղիության չնդհատման ռիսկերի և հետևանքների (ընդհուպ մինչև մահ) վերաբերյալ: Խորհրդատվությունից

հետո, եթե կինը/օրինական ներկայացուցիչը այնուամենայնիվ հրաժարվում է արբորտից, հնարավոր հետևանքների մասին իրազեկված լինելու վերաբերյալ հրաժարման փաստը գրառվում է բժշկական փաստաթղթում և վավերացվում կնոջ և/կամ օրինական ներկայացուցչի և վարող բժշկի ստորագրությամբ:

20. Հղիության 22 շաբաթից բարձր ժամկետներում բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատման անհրաժեշտության դեպքում (հղիի կյանքին սպառնացող վիճակներ, պտղի զարգացման կոպիտ, կյանքի հետանհամատեղելի արատներ, այլ), այն իրականացվում է ծննդալուծման ճանապարհով:
21. Բժշկական և սոցիալական ցուցումներով հղիության արհեստական ընդհատումը իրականացվում է հանձնաժողովի հիմնավորված որոշման հիման վրա, կնոջ գրավոր համաձայնությամբ (տես Ներդիր N2/Կառավարության որոշում, Ձև N3)՝ Քարտին կցելով հանձնաժողովի եզրակացությունը և արբորտի բժշկական ցուցումը/ախտորոշումը հավաստող համապատասխան բժշկական փաստաթղթերը:
22. Հղիության ընդհատման սոցիալական ցուցումներն են՝ հղիության ընթացքում ամուսնու մահը, կնոջ կամ ամուսնու՝ օրենքով սահմանված կարգով նշանակված պատիժն ազատազրկման վայրում կրելը, հղիության ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով ամուսնալուծությունը և հղիությունը՝ բռնաբարության արդյունքում: Այս հիմքով արբորտի իրականացման դեպքում Քարտին կցվում է օրենսդրությամբ սահմանված կարգով տվյալ սոցիալական ցուցումը հավաստող իրավական փաստաթուղթը:
23. Հղիության ընդհատման բժշկական ցուցումները սահմանված են Կառավարության որոշման 11-րդ կետով:
24. Հղիության արհեստական ընդհատումը կարող է կատարվել վիրաբուժական կամ դեղորայքային մեթոդով՝ այդ մեթոդների համար Կառավարության որոշմամբ սահմանված հակացուցումների (տես քարտի Ներդիր N4) բացակայության դեպքում: Այս նպատակով արբորտից առաջ պարտադիր իրականացվում են հետազոտություններ՝ Կառավարության որոշմամբ սահմանված ցանկին համապատասխան (տես Ներդիր N5):
25. Հղիության դեղորայքային ընդհատման կարգը/ուղեցույցը սահմանված է ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով:
26. Հղիության 12-ից մինչև 22 շաբաթական ժամկետում բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների բացակայության դեպքում արբորտը, ներառյալ պտղի սեռի նախընտրությամբ պայմանավորված, խստիվ արգելվում է և պատժվում է օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:
27. Պտղի սեռի նախընտրության հիմքով հղիության ընդհատման համար կնոջ դիմելու դեպքում բժշկի կողմից հղիին տրամադրվում է խորհրդատվություն, համաձայն սույն հրամանի 4-րդ հավելվածով հաստատված խորհրդատվական թերթիկի 6 քայլերի:

## II. ՀՐԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՅԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

28. Աբորտկատարելու համար հղին կարող է դիմել ծննդօգնության հաստատություն՝ կանանց կոնսուլտացիայի ուղեգրով կամ առանց ուղեգրի՝ ընտրելով ընդհատման վիրաբուժական կամ դեղորայքային մեթոդը՝ համապատասխան հակացուցումների բացակայության դեպքում: Այն դեպքում, երբ կինը բժշկական կազմակերպություն է դիմում առանց ուղեգրի, արորտից առաջ կատարվելիք հետազոտություններն իրականացվում են տվյալ ծննդօգնության տվյալ հաստատությունում:
29. Հղիության ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջը տրամադրել անվճար խորհրդատվություն՝ արորտի հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ, որի մասին բժիշկը գրառում է կատարում ընդհատման համար դիմած կնոջ Քարտում, որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:
30. Հղիության ընդհատման բժշկական միջամտությունն իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջը անցանկալի հղիությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն, որի մասին բժիշկը գրառում է կատարում արորտի Քատում կամ համապատասխան բժշկական փաստաթղթում, որը հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:
31. Հղիության արհեստական ընդհատումից հետո կնոջ առողջապահական հաստատությունում գտնվելու ժամկետը որոշում է հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացրած մանկաբարձ-գինեկոլոգը՝ ելնելով կնոջ առողջական վիճակից, սակայն առնվազն 4 ժամ բավարար վիճակի դեպքում առողջապահական հաստատությունում գտնվելու պայմանով:
32. Օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերած անչափահասի դեպքում բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներով հղիության ընդհատման համար գրավոր դիմումը և համաձայնությունը ներկայացնում նրա է օրինական ներկայացուցիչը Անչափահասի հղիության արհեստական ընդհատման համար նրա օրինական ներկայացուցչի կողմից տրվող համաձայնության ձևը հաստատված է Կառավարության որոշմամբ (ՁևN2):
33. Օրինական ներկայացուցչի գրավոր համաձայնություն ներկայացնելու անհնարինության դեպքում անչափահասի հղիության արհեստական ընդհատումն, ինչպես նաև բժշկական կամ սոցիալական ցուցումով արորտն իրականացվում է առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի հրամանով ստեղծված բժշկական հանձնաժողովի հիմնավորված որոշման հիման վրա:
34. Արյան ռեզուս-բացասական պատկանելիությամբ կնոջ առաջին հղիության, ինչպես նաև հետագայում երեխա ունենալու ցանկության դեպքում, հղիության 8 շաբաթական ժամկետից բարձր հղիության արհեստական ընդհատումից հետո պետք է կատարվի մարդկային հակառեզուս իմունոգլոբուլինի ներարկում հղիության արհեստական ընդհատումից հետո առաջին 48 ժամերի ընթացքում:



35. Բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատման դեպքում պարտադիր տրվում է Էպիկիրզ, ընդ որում հյուսվածաբանական հետազոտություն կատարելու դեպքում, կնոջ ցանկությամբ Էպիկիրիզը կարող է տրվել պատասխանը ստանալուց հետո:

36. Ճննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպության տնօրինությունը, ելևելով բուժհաստատության կառուցվածքային առանձնահատկություններից կարող է սահմանել հղիության արհեստական ընդհատումների կազմակերպման ներքին ընթացակարգ, սույն հրամանով հաստատված հավելվածների պահանջ-պայմանների պահպանմամբ:

**Բժշկական կազմակերպության  
անվանումը**

Հավելված 2  
ՀՀ առողջապահության նախարարի 2018  
թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 3403 հրամանի

---

---

**ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏ N .....**

Բաժանմունք \_\_\_\_\_

1. Հղիի անուն, ազգանուն, հայրանունը՝ \_\_\_\_\_

2. Ճննդյան ամսաթիվ (օր/ամիս/տարի) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ.

3. Դիմել է առանց ուղեգրի/ ուղեգրով (ընդգծել)՝ \_\_\_\_\_

(եթե ուղեգրով, նշել կազմակերպության անվանումը)

4. Առաջնակի դիմել է \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ., 5. Գրանցամատյանում հաշվառման համարը \_\_\_\_\_

6. Ընդունվել է \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ. ժամը \_\_\_\_\_ 7. Դուրս է գրվել \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ. ժամը \_\_\_\_\_

8. Տեղափոխվել է \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ., \_\_\_\_\_

(նշել ուր է տեղափոխվել)

9. Մահացել է \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ թ. ժամը \_\_\_\_\_ 10. Անց է կացրել \_\_\_\_\_ մահճակալ-օր

11. Փոխադրման միջոցը՝ շտապ բժշկական օգնության ծառայություն / ինքնուրույն (ընդգծել)

12. Անձը հաստատող փաստաթուղթ (տեսակը) \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

13. Բնակության վայրը \_\_\_\_\_

14. Հաշվառման վայրը \_\_\_\_\_

15. Հեռախոսի համարը՝ \_\_\_\_\_ հարազատինը \_\_\_\_\_

16. Ընտանեկան դրությունը՝ ամուսնությունը գրանցված է / միայնակ է (ընդգծել)

17. Հղիի աշխատանքի վայրը \_\_\_\_\_

(սովորողի դեպքում՝ կրթական համալիրի անվանումը)

18. Կրթությունը \_\_\_\_\_, մասնագիտությունը \_\_\_\_\_, պաշտոնը \_\_\_\_\_

19. Հղիության ընթացքում այցելել է բժշկին(մանկաբարձին) այո/ոչ(ընդգծել), քանի անգամ \_\_\_\_\_

20. Նախածննդյան հսկողությունն իրականացնող և/կամ ուղեգրող բուժհաստատությունը \_\_\_\_\_

21. Արյան խումբը \_\_\_\_\_ Ռեզուս-պատկանելիությունը \_\_\_\_\_ (եթե հայտնի է)

22. Դեղերի նկատմամբ կողմնակի ազդեցություն, ալերգիա

(հակացուցված դեղեր՝ եթե պացիենտը տեղյակ է) \_\_\_\_\_

23. Ախտորոշումն ընդունվելիս (հիմնական և ուղեկցող) \_\_\_\_\_

24. Կլինիկական ախտորոշումը \_\_\_\_\_

25. Եզրափակիչ ախտորոշումը \_\_\_\_\_

26. Բուժաշխատողի Ա.Ա. և ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_

27. Բժշկի գրառումը աբորտի հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ հղիության ընդհատմանը նախորդող խորհրդատվության տրամադրման մասին.

Հղիի ստորագրությունը \_\_\_\_\_, դատան \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ թ.

28. Հղիությունը ընդհատվում է՝

1) հղիի ցանկությամբ 2) բժշկական ցուցումով 3) սոցիալական ցուցումով (ընդգծել):

29. Բժշկական կամ սոցիալական ցուցումով հղիության ընդհատման դեպքում հիմնավորումը

---

---

**(Քարտին կցվում են՝ հանձնաժողովի եզրակացությունը, կնոջ գրավոր համաձայնությունը և աբորտի ցուցումը/ախտորոշումը հավաստող հիմքերը՝ համապատասխան բժշկական և իրավական փաստաթղթերը)**

**30. Անամնեզ**

1) Դաշտանի սկիզբը \_\_\_\_\_ տ., ցիկլը \_\_\_\_\_ օրյա, տևողությունը \_\_\_\_\_ օր սակավ, չափավոր, առատ, ցավոտ, անցավ (ընդգծել)

2) Վերջին նորմալ դաշտանը \_\_\_\_\_ մինչև \_\_\_\_\_

3) Սեռական կյանքի սկիզբը \_\_\_\_\_ տ.,

4) Հղիության կանխարգելման մեթոդների կիրառում՝ այո, ոչ, ինչպիսի \_\_\_\_\_

5) Որերորդ հղիությունն է \_\_\_\_\_, որոնցից.

ծննդաբերություն՝ \_\_\_\_\_, հղիության ընդհատումը՝ \_\_\_\_\_

6) Վերջին հղիությունն ավարտվել է ծննդաբերությամբ՝ ժամկետային, վաղաժամ, հղիության ընդհատմամբ՝ բժշկական/սոցիալական ցուցումով, կամավոր, ինքնաբեր վիժումով (ընդգծել)

7) Բարդություններ՝ ծննդաբերությունների ժամանակ. \_\_\_\_\_

---

---

հետծննդյան շրջանում. \_\_\_\_\_

աբորտներից հետո \_\_\_\_\_ (նշել՝ երբ և ինչպիսի)

8) Կրած հիվանդությունները՝ վիրուսային հեպատիտ, սիֆիլիս, գոնորեա, այլ. \_\_\_\_\_

---

---

9) Ստացել է արդյոք արյան փոխներարկում. այո / ոչ (ընդգծել)

---

---

**31. Ներկա հղիության ընդհատման պատճառը՝** վատ սոցիալական և/կամ բնակարանային պայմաններ, չունի ամուսին, այլևս/դեռևս չի ցանկանում երեխա ունենալ (ընդգծել)

**32. Օբյեկտիվ քննություն**

1) Ընդհանուր վիճակը \_\_\_\_\_, ջերմաստիճանը \_\_\_\_\_

2) Սիրտ-անոթային համակարգ. պուլս \_\_\_\_\_, զարկերակային ճնշում \_\_\_\_\_ սրտի տոները \_\_\_\_\_

3) Ծնչառական համակարգ \_\_\_\_\_

---

4) Մարտողական համակարգ \_\_\_\_\_

5) Միզային համակարգ \_\_\_\_\_

**33. Գինեկոլոգիական զննում.**

1) արտաքին սեռական օրգանները՝ նորմալ զարգացած, հեշտոցամուտքն ազատ, հեշտոցը ծննդաբերած, չծննդաբերած (ընդգծել) կնոջ, արգանդի պարանոցը՝ կոնաձև, գլանաձև (ընդգծել), պարանոցի արտաքին օղը՝ բաց, փակ (ընդգծել):

2) Արգանդի մարմնի դիրքը \_\_\_\_\_, մեծացած է, հղիություն՝ \_\_\_\_\_ շաբաթ. \_\_\_\_\_ չափերով, փափուկ, պինդ կոնսիստենցիայի, շարժուն, անշարժ, ցավոտ, անցավ (ընդգծել):

3) Ձախ հավելումները՝ \_\_\_\_\_

4) Աջ հավելումները՝ \_\_\_\_\_

5) Հեշտոցի կամարները \_\_\_\_\_

6) Արտադրություն սեռական օրգաններից՝ լորձային, արյունային, թարախային, չափավոր, առատ (ընդգծել):

**34. Արգանդի պարանոցի զննում հայելիներով.**

Արգանդի պարանոցի լորձաթաղանթի նկարագրությունը

---

---

---

---

---

---

---

---

**35. Ախտորոշումը՝ մինչև 12 շաբաթական ժամկետը հղիի դիմումով աբորտի դեպքում՝**

Հղիություն \_\_\_\_\_ շաբաթ

**36. Ախտորոշումը՝ բժշկական կամ սոցիալական ցուցումով հղիության ընդհատման դեպքում.** 1) Կլինիկական ախտորոշումը \_\_\_\_\_

---

---

**37. Իրականացված լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների տվյալները**

(Հետազոտությունների արդյունքները գրառվում և/կամ փակցվում են Քարտում)

1) Հեմոգլոբինը \_\_\_\_\_ 2) Արյան խումբը \_\_\_\_\_

2) Ռեզուս-պատկանելիությունը \_\_\_\_\_ 4) Հակամարմինների տիտրը \_\_\_\_\_

5) Այլ հետազոտություններ՝ ըստ բժշկական ցուցումների.

**38. Այլ նշումներ.** \_\_\_\_\_

2) Եզրափակիչ ախտորոշումը \_\_\_\_\_

**39. Հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվել է՝** \_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ թ.

1) դեղորայքային մեթոդով 2) վիրահատական մեթոդով (ընդգծել):

**40. Դեղորայքային մեթոդով հղիության արհեստական ընդհատման ժամանակ կիրառված դեղամիջոցները և դեղաչափերը՝** \_\_\_\_\_

**41. Հղիության վիրաբուժական ընդհատման դեպքում կիրառված անզգայացման մեթոդը.**

1) Ներերակային 2) Էպիդուրալ 3) Ընդհանուր 4) Տեղային / ընդգծել

**42. Անեսթեզիոլոգի զննումը և գրառումը ( չի լրացվում, եթե անզգայացումը կատարվում է տեղային)**

**43. Վիրահատական մեթոդով հղիության արհեստական ընդհատման նկարագրությունը.**

- 1) Արտաքին սեռական օրգանների, հեշտոցի և արգանդի պարանոցի համապատասխան մշակումից հետո արգանդի պարանոցը ֆիքսվել է գնդաքցաններով:
  - 2) Արգանդի խոռոչը ըստ զոնդի \_\_\_\_\_ սմ
  - 3) Արգանդի պարանոցի լայնացումը Ջեգարի լայնիչներով մինչև № \_\_\_\_\_
  - 4) Պտղաձուլն վնասվել է, հեռացվել է կյուրետով, աբորտցանգով, վակուում-էքսկուլիւեատորով (ընդգծել):
  - 5) Արգանդի պատերի ստուգիչ քերում կատարվել է / չի կատարվել (ընդգծել):
  - 6) Արգանդը կրճատվել է. այո/ոչ
  - 7) Նշանակումները \_\_\_\_\_
  - 8) Արյան կորուստը \_\_\_\_\_ մլ
  - 9) Արգանդի պարանոցը մշակվել է. այո/ոչ
  - 10) Բարդություններ՝ \_\_\_\_\_
- Բժշկի Ա.Ա. \_\_\_\_\_, Ստորագրություն \_\_\_\_\_

**44. Վիճակը հղիության ընդհատման ժամանակ (դեղորայքային աբորտի դեպքում) և ընդհատումից հետո (լրացվում է ըստ հոսպիտալիզացիայի օրերի թվի)**

Ամսաթիվ	Նշանակումներ	
Ջերմությունն՝ առավոտյան	Ընդհանուր վիճակը _____	
Պուլսը	Գանգատներ _____	
Արյան ճնշումը	Որովայնը շոշափելիս՝ ցավոտ անցավ փափուկ լարված (ընդգծել)	
Շնչառությունը	Արտադրությունը՝ արյունային, շճային առատ, չափավոր, աննշան (ընդգծել)	
Ջերմությունը՝ երեկոյան	Միզարձակումը _____	
	Աղիների գործունեությունը _____	
	Այլ գրառումներ՝ _____	

Ամսաթիվ	Նշանակումներ
---------	--------------

Ջերմությունն՝ առավոտյան	Ընդհանուր վիճակը _____ _____	
	Գանգատներ _____	
Պուլսը	Որովայնը շոշափելիս՝ ցավոտ անցավ փափուկ լարված (ընդգծել)	
Արյան ճնշումը	Արտադրությունը՝ արյունային, շճային առատ, չափավոր, աննշան (ընդգծել) Միզարձակումը _____	
Շնչառությունը	Աղիների գործունեությունը Այլ գրառումներ՝ _____ _____	
Ջերմությունը՝ երեկոյան	_____ _____ _____	

**45. Հիվանդությունը ընդհատելուց հետո անցանկալի հիվանդությունը կանխելու միջոցների և (կամ) մեթոդների ընտրության վերաբերյալ խորհրդատվության տրամադրման մասին բժշկի գրառումը.**

\_\_\_\_\_

Կնոջ ստորագրությունը \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ թ.

**46. Վիճակը դուրս գրման/տեղափոխման ժամանակ \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**47. Տրված է անաշխատունակության թերթիկ N \_\_\_\_\_ առ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20.....թ.**

**48. Տրվել են խորհուրդներ.**

\_\_\_\_\_

Մանկաբարձ-գինեկոլոգ \_\_\_\_\_

Անուն, ազգանուն

Ստորագրություն

Բաժնի վարիչ \_\_\_\_\_

Անուն, ազգանուն

Ստորագրություն

**49. Տրվել է Էպիկրիզ (պարտադիր է բժշկական ցուցումով արբորտի դեպքում)՝ այո / ոչ (ընդգծել).**

1. Պտղի սեռի խտրական ընտրության տարածվածությունն ու պատճառները Հայաստանի Հանրապետությունում, ՄԱԲՀ, Երևան, 2022թ.

<https://armenia.unfpa.org/hy/GBSSresearchARM2022>

2. Կրթության և առողջապահության համակարգերի դերը Հայաստանում պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման մեջ, Քաղաքականության համառոտագիր, ՄԱԲՀ, Երևան, նոյեմբեր 2022, <https://armenia.unfpa.org/hy/GBSSPolicyBriefEducationHealth>

3. Աշխարհի բնակչությունը 2022» գեկույց 2022, Համառոտ տեղեկագիր, UNFPA Armenia, մարտ, 2022. <https://armenia.unfpa.org/hy/publications>

4. Մարզային և տեղական իշխանությունների դերը Հայաստանում պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման և գործողությունների ազգային ծրագրի տեղայնացման մեջ, Քաղաքականության համառոտագիր, ՄԱԲՀ, Երևան, 2022,

<https://armenia.unfpa.org/hy/GBSSPolicyBriefLSG>

5. Անպտղության տարածվածությունը Հայաստանի Հանրապետության բնակչության շրջանում(քանակական հետազոտության արդյունքերի գեկույց ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամին) Հասարակական հետազոտությունների առաջատար խումբ ՀԿ, 2021թ.

6. Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրական կոմիտե, Հրատարակումներ, 2020-2022թթ. <http://armstat.am>

7. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2021, ՀՀ ՎԿ, Երևան, դեկտեմբեր 2021թ. <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2446>

8. «Հայրիկների դպրոց» (“Papa School”), Ձեռնարկ, ՄԱԲՀ, Երևան, 2022թ. [https://armenia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/papa\\_schools\\_manual\\_in\\_armenian.pdf](https://armenia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/papa_schools_manual_in_armenian.pdf)

9.«Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում համապարփակ բուժօգնության ու խնամքի կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ ԱՆ 28.02.2020թ. թիվ 2949–Լ հրաման, <https://www.moh.am/uploads/2949havelvac.pdf>

10. Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հղիության պլանավորման նպատակով հետազոտման և խորհրդատվության կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին ՀՀ ԱՆ 06.02.2020թ. թիվ 464 – Լ հրամանը,

[file:///C:/Users/USER/Downloads/%D6%85%D6%80%D5%A5%D5%B6%D6%84%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/%D6%85%D6%80%D5%A5%D5%B6%D6%84%20(3).pdf)

11. «խորհրդատվության օգնությամբ հղիության սեռով պայմանավորված ընդհատումը կանխելու 6 քայլ», Տեղեկատվական թերթիկ բուժաշխատողի համար, ՄԱԲՀ, 2020թ., Երևան

12. 25. Հայաստանի Հանրապետությունում գենդերային քաղաքականության իրականացման 2019-2023 թվականների ռազմավարությանը և միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին, ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի N1334-Լ որոշում,

<http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=151906>

13. Տղաների նախապատվության և աղջիկների թերարժևորման կանխարգելմանը



ուղղված գլոբալ ծրագիր, Տեղեկագիր, ՄԱԲՀ Հայաստանյան գրասենյակ, Երևան, 2018 հոկտեմբեր

14. Հայաստանի Հանրապետությունում պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության և ծրագրերի մշտադիտարկման զեկուլյց, Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2018թ., Երևան, file:///C:/Users/USER/Downloads/333%20(3).pdf

15. ՄԱԲՀ հայաստանյան գրասենյակ (2013թ. 2018թ.), համառոտ տեղեկագիր «Ճնունդների սեռային անհամաչափությունը Հայաստանում», <https://armenia.unfpa.org/en/video/unfpa-study-sex-imbalance-birth-armenia-2013>

16. Քաղաքականության առաջարկություններ Հայաստանում սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների նվազեցմանն ուղղված արդյունավետ միջամտության ռազմավարությունների վերաբերյալ, WV-Հայաստան, 2017թ. Երևան.

[http://ysu.am/files/Policy%20Recommendations%20%20Report\\_ARM.pdf](http://ysu.am/files/Policy%20Recommendations%20%20Report_ARM.pdf)

17. Առողջապահության ոլորտում սեռի հատկանիշով պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման քաղաքականության և գործող պրակտիկայի վերլուծություն © Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2016թ., Երևան,

file:///C:/Users/USER/Downloads/2\_Health%20sector\_Final%20(2)%20(4).pdf

18. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն (ՀԺԱՀ 2015-2016թթ.), ՀՀ ՎԿ, 2017, Երևան <https://www.armstat.am/file/article/adhs-himnakan-2015-armenian.pdf>

19. «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները հաստատելու մասին» 23.02.2017թ. N180–Ն որոշում:

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=111980>

20. ՀՀ օրենքը «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգրքում լրացումներ կատարելու մասին», 2016թ.

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=73129>

21. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» 2002թ. ՀՀ օրենքը, 2016թ. կատարված լրացումներով:

22. Հղիության սեռով պայմանավորված արհեստական ընդհատումների կանխարգելում, Ձեռնարկ բուժաշխատողների համար, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2015, Երևան

23. Հոգատարություն հանուն հավասարության: Ձեռնարկ գենդերային հավասարության խթանման և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխման թեմաներով տղամարդկանց, կանանց և երիտասարդների հետ աշխատելու համար: Promundo: Վաշինգտոն, ԱՄՆ: Վորլդ Վիժն Հայաստան, 2015թ. Երևան

24. Քրիստոֆ Գիլմոտ «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. ժողովրդագրական տվյալներ և վերլուծություն» հետազոտություն, Երևան, 2013թ. <http://unfpa.am/publications-sex-imbalance-at-birth-2013>

25. «Չեկուլյց. համահանրապետական հարցում Հայաստանում կանանց հանդեպ ընտանեկան բռնության վերաբերյալ», UNFPA 2011թ.

[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing\\_gender-biased\\_sex\\_](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing_gender-biased_sex_)

selection.pdf

26. Սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների տարածվածությունն ու պատճառները Հայաստանում, Ազգային հետազոտության զեկույց, ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2011թ. Երևան, <http://unfpa.am/publications-sex-selective-abortion>

27. ՀՀ Քրեական օրենսգիրք, 2003թ., 122 հոդված,

28. Гендерно-предвзятый выбор пола. Объяснение, Июль 2020, ЮНФПА

<https://www.unfpa.org/resources/gender-biased-sex-selections-explained>

29. Preventing gender-biased sex selection, An interagency statement, OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO, Geneva, Switzerland, 2011

30. Abortion Care Guideline, WHO, Copenhagen, 2022 <https://srhr.org/abortioncare/>

31. Gasoyan, H., Babayan, R., Abou Cham Sh., Mkhitarian, S. (2016) Report of the Public Inquiry into the Status of Sexual and Reproductive Health Rights in Armenia. United Nations Population Fund, Yerevan, Armenia.

32. Reproductive Health Survey Armenia, 1997, - in the framework of the Armenian National Program on Reproductive Health, MOH of Armenia, with support of WHO, UNFPA and UNICEF, Yerevan 1998.

33. Reproductive Health in Armenia: Results of the Nation-wide Reproductive Health Survey among Armenian Men and Women, conducted by Armenian Family Health Association and Republican Centre on Perinatology. Obstetrics and Gynecology, with support of UMCOR, -by M/ Khachikyan and R. Abrahamian, Edited by Terry Wollen, Huis Publisher, Yerevan 1998.



ISBN 978-9939-50-514-5



9 789939 505145