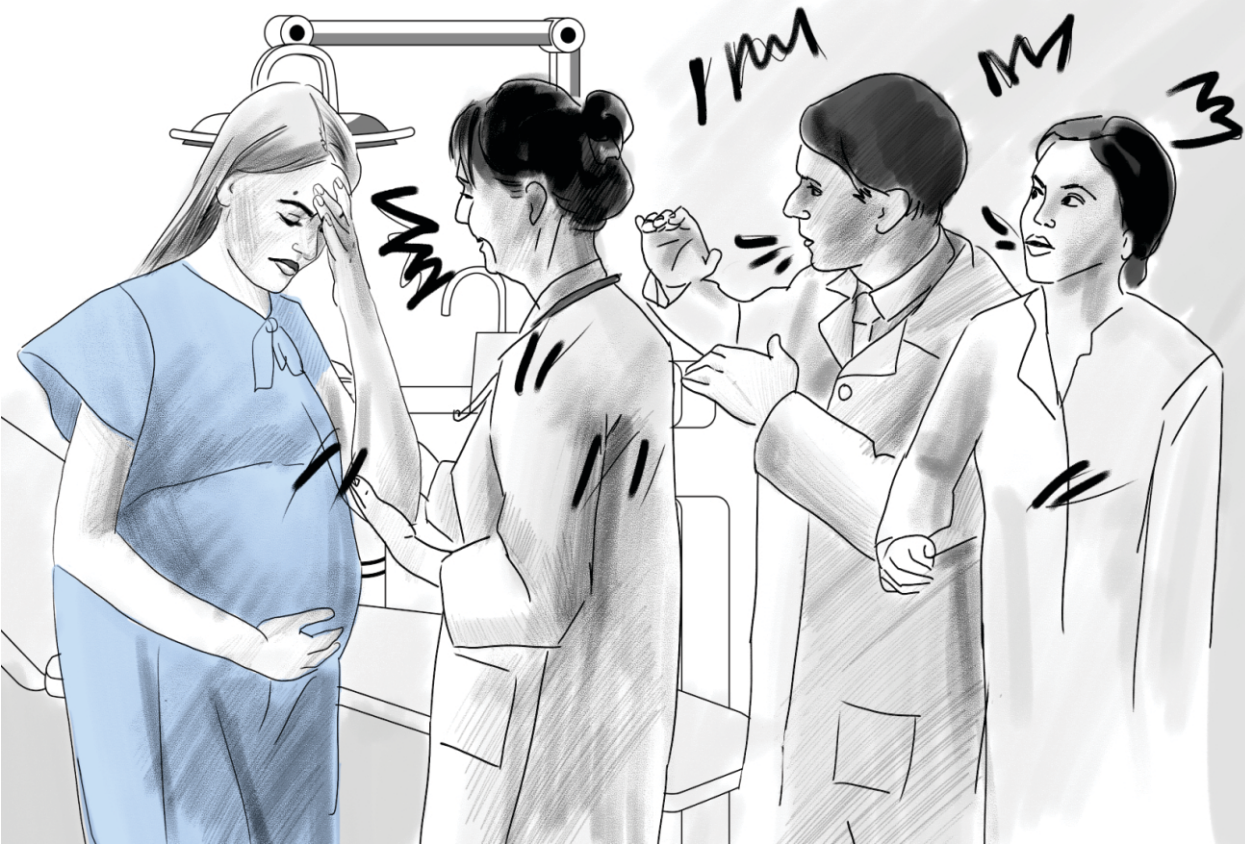


# ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ





# ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Երևան  
2025

«Մանկաբարձական բռնության դրսևորումները Հայաստանում» որակական հետազոտությունն իրականացվել է «Կետ 33» հասարակական կազմակերպության կողմից «Արժանապատիվ մայրություն. ո՞չ մանկաբարձական բռնությանը» ծրագրով՝ Եվրասիա համագործակցություն հիմնադրամի կողմից Շվեդիայի կառավարության աջակցությամբ իրականացվող «Քաղաքացիական հասարակության զարգացման ազդեցության ընդլայնում» ծրագրի շրջանակում:

Նյութի բովանդակության համար պատասխանատու է միայն ստեղծողը: Հետազոտությունում արտահայտված տեսակետները կարող են չհամընկնել Շվեդիայի կառավարության տեսակետների հետ:

---

«Կետ 33» տեղեկատվական, իրավապաշտպան ՀԿ-ն կանանց և նրանց ընտանիքի անդամներին, ներդաշնակ, հարմարավետ և բռնությունից զերծ միջավայր ունենալու նպատակով, օգնում է իրազեկված լինել սեփական իրավունքների և օրենսդրական կարգավորումների մասին, տրամադրում է իրավական աջակցություն, իրականացնում է հետազոտություններ և ջատագովություն հանուն բարենպաստ փոփոխությունների:

## **Հետազոտության նախաձեռնող՝ Աստղիկ Կարապետյան**

*«Արժանապատիվ մայրություն. ո՞չ մանկաբարձական բռնությանը»  
ծրագրի ղեկավար*

## **Հեղինակ՝ Լուսինե Քոչարյան**

*Հանրային առողջության մասնագետ*

## **Խմբագիր՝ Անժելա Ավագյան**

## **Էջադրող՝ Նարինե Հովհաննիսյան**

## **Շապիկի նկարի հեղինակ՝ Վարսենիկ Ընդրյան**

© «Կետ 33» հասարակական կազմակերպություն, 2025

*Հղումը պարտադիր է աշխատանքից մեջբերումներ անելու դեպքում:*

# Բովանդակություն

Համառոտագիր.....	4
ABSTRACT .....	6
Ներածություն.....	8

## ՄԱՍ 1 Գրականության վերլուծություն

1.1. «Մանկաբարձական բռնություն» հասկացությունը և երևույթին բնորոշ հատկանիշները.....	12
1.2. Մանկաբարձական բռնության տարածվածությունն այլ երկրներում .....	16
1.3. Մանկաբարձական բռնության իրավական սահմանումը .....	23
1.4. Պատմական ակնարկ .....	27

## ՄԱՍ 2 Մանկաբարձական բռնության դրսևորումները Հայաստանում

2.1. Հակիրճ տվյալներ Հայաստանում ծննդօգնության վերաբերյալ.....	32
2.2. Մեթոդաբանություն .....	36
2.3. Արդյունքներ.....	38
2.4. Քննարկում .....	54
2.5. Հետազոտության սահմանափակում .....	57
2.6. Ամփոփում և առաջարկություններ.....	57

Փորձագիտական կարծիք .....	62
---------------------------	----

Հավելված Ա .....	65
------------------	----

Հավելված Բ .....	6
------------------	---

Հավելված Գ .....	70
------------------	----

Օգտագործված աղբյուրներ .....	72
------------------------------	----

## ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

Վերջին շրջանում լրատվամիջոցներում և սոցիալական հարթակներում հաճախ են բարձրաձայնում մանկաբարձական և գինեկուղ-գիական բժշկական ծառայության մատուցման ընթացքում բռնի կամ անհարգալից վերաբերմունքի, անուշադրության կամ որևէ միջամտության վերաբերյալ բուժառուի համաձայնության բացակայության, վերբալ անարգանքի, գաղտնիության բացակայության մասին: Սա սեռով պայմանավորված բռնություն է՝ հիմնված կնոջ՝ կենսաբանական կամ սեռային առանձնահատկությունների և մայրության մասին կանխակալ կարծիքների և կարծրատիպերի վրա: Չնայած վերը նշված դրսևորումները կարող են տեղի ունենալ նախաձննդյան, ծննդաբերության և հետծննդյան փուլում, սակայն կանայք հատկապես խոցելի են ծննդաբերության ժամանակ: Այս դեպքում բռնության դրսևորումները բացասաբար են ազդում թե՛ մոր, թե՛ նորածնի վրա՝ խախտելով նրանց իրավունքներն ու նվազեցնելով առողջապահական համակարգի նկատմամբ վստահությունը: Այս է պատճառը, որ անհրաժեշտ են ակտիվ գործողությունները, հետազոտություններ և երկխոսություն՝ այս կարևոր հանրային առողջապահական և մարդու իրավունքներին վերաբերող խնդիրը լուծելու համար:

### → Ուսումնասիրության նպատակ

Այս ուսումնասիրությունը նախաձեռնվել է Հայաստանում մանկաբարձական բռնության տեսակներն ու իրական միտումները բացահայտելու, կանանց և երեխաների առողջության վրա դրա հնարավոր հետևանքները պարզելու նպատակով:

### → **Մեթոդներ**

Ուսումնասիրությունը որակական բովանդակության վերլուծություն է: Մասնակիցները ընտրվել են հատուկ համապատասխանության չափանիշների հիման վրա՝ Հայաստանի երեք խոշոր քաղաքներից՝ Երևան, Գյումրի, Վանաձոր: Հարցազրույցների տվյալներից կատեգորիաներ և թեմաներ հայտնաբերելու համար օգտագործվել է սովորական բովանդակության վերլուծություն: Ստացված կոդերը խմբավորվել են կատեգորիաների մեջ, որոնք այնուհետև կազմակերպվել են հիմնական թեմաների՝ շավիղների մեջ:

### → **Արդյունքներ**

Հայտնաբերված հիմնական շավիղներն են. 1) Կառավարում, բժշկի գերզբաղվածություն 2) Ոչ արժանապատիվ վերաբերմունք 3) Մեկուսիության և գաղտնիության խախտում 4) Ցավի նորմալացում, ցավազրկման մերժում 5) Անտեսում և տեղեկացված համաձայնության բացակայություն: Ուսումնասիրությունը նաև նկարագրել է ծննդաբերական բռնության հետևանքները կանանց և նորածինների համար, հարցազրույցների տվյալների հիման վրա ընդգծել է նախաձննդյան խնամքի կարևորությունը և ուսումնասիրել է կանանց և մասնագետների վերաբերմունքը ծննդաբերության ընթացքում ամուսինների, այլ ընտանիքի անդամների կամ աջակցող ոչ բժշկական անձնակազմի ներկայության նկատմամբ: Կարևոր է նշել, որ բոլոր կանայք զրույցի սկզբում երախտագիտական խոսք են ուղղել բժշկական անձնակազմին:

### → **Ազդեցություն**

Որակական տվյալների հիման վրա թիմը մշակել է առաջարկություններ, որոնք անդրադառնում են բոլոր հայտնաբերված շավիղներին: Դրանք ներառում են նաև առաջարկություններ ծննդաբերության ընթացքում իրականացված բժշկական միջամտությունների վերաբերյալ պաշտոնական հաշվետվության մեխանիզմ ստեղծելու և քանակական տվյալներ հավաքագրելու վերաբերյալ, որոնք ապացույց ու հիմք կհանդիսանան քաղաքականություն մշակողների կողմից մանկաբարձական բռնության ցանկացած դրսևորումների նվազեցմանն ուղղված գործողությունների համար:

## ABSTRACT

In recent years, media and social networks have highlighted increasing reports of obstetric and gynecological care being violent, disrespectful, abusive, or neglectful. These actions, words, and omissions are referred to as obstetric violence. This type of violence stems from gender-based violence and stereotypes about women and mothers. Characteristics of obstetric violence include treatment without the patient's consent, practices that deprive individuals of reproductive autonomy, and the patient's subjective experience of her healthcare. Abusive treatment can occur at any stage of pregnancy, childbirth, and postpartum, with women being especially vulnerable during childbirth. This violence can negatively affect both the mother and the infant, violating their rights and trust in the healthcare system. This statement emphasizes the need for increased action, dialogue, research, and advocacy on this critical public health and human rights issue.

### → **Study Purpose:**

This study was initiated to uncover real trends and types of obstetric violence in Armenia and to determine its potential consequences on the health of women and children.

### → **Methods:**

The study utilized a qualitative content analysis approach, conducting individual interviews with professionals and women from three major cities in Armenia: Yerevan, Vanadzor, and Gyumri. Participants were selected based on specific eligibility criteria. Conventional content analysis was used to identify categories and themes from the interview data. The resulting codes were grouped into categories, which were then organized into main themes.

↳ **Results:**

The emerging themes were: 1) Overload of medical staff, management issues 2) Undignified treatment 3) Violation of privacy and confidentiality 4) Normalization of pain, denial of pain relief or anesthesia 5) Neglect and absence of informed consent. The study also described the consequences of obstetric violence for women and newborns, based on data from interviewees highlighted the importance of prenatal care, and explored the attitudes of women and professionals towards the presence of husbands, other family members, or supporting non-medical staff during childbirth. It is important to mention that all women expressed appreciation to the medical staff at the start of the conversation.

↳ **Implications:**

Based on the qualitative data, the team developed recommendations addressing all themes and aspects. These include recommendations for establishing an official reporting mechanism for medical interventions during childbirth and collecting quantitative data to support policymakers in taking appropriate actions to decrease trends of any type of obstetric violence.



## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Վերջին շրջանում լրատվամիջոցներում և սոցիալական հարթակներում հաճախ են բարձրաձայնում մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բժշկական ծառայության մատուցման ընթացքում բռնի կամ անհարգալից վերաբերմունքի, անուշադրության կամ որևէ միջամտության վերաբերյալ բուժառուի համաձայնության բացակայության, վերբալ անարգանքի, գաղտնիության բացակայության մասին:

Այս բոլոր դրսևորումները մեկ եզրույթով հայտնի են որպես մանկաբարձական բռնություն (ՄԲ) կամ մանկաբարձական ագրեսիա (ՄԱ): Սա սեռով պայմանավորված բռնություն է՝ հիմնված կնոջ՝ կենսաբանական կամ սեռային առանձնահատկությունների և մայրության մասին կանխակալ կարծիքների և կարծրատիպերի վրա<sup>1</sup>:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների համաձայն՝ հղիության ընթացքում կանանց հանդեպ ոչ պատշաճ վերաբերմունքի հետ կապված հետազոտությունները անհանգստացնող պատկեր են բացահայտել: Մասնավորապես, ամբողջ աշխարհում ծննդաբերության ժամանակ անհարգալից, վիրավորական վերաբերմունքն ու անուշադրության մատնված լինելը տարածված երևույթներ են: Սա հանգեցնում է կանանց և բուժաշխատողների միջև վստահության խաթարմանը և կարող է լուրջ խոչընդոտ դառնալ հետագայում կնոջ՝ մոր և մանկանն ուղղված առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հարցում: Թեև ոչ պատշաճ վերաբերմունք կարող է դիտվել հղիության և հետծննդյան շրջանում ևս, սակայն ծննդաբերության ընթացքում կանայք հատկապես խոցելի են: Եվ այդ

1 Blankenhorn, D. (2023) "Obstetric and gynecological violence: Empowering patients to recognize and prevent it", The Conversation, 12 October. Available at: <https://theconversation.com/obstetric-and-gynecological-violence-empowering-patients-to-recognize-and-prevent-it-226129> (Accessed 27 January 2025).

պահին ոչ պատշաճ վերաբերմունքը կարող է անմիջական հետևանք ունենալ թե՛ մոր և թե՛ նորածնի առողջության համար<sup>2</sup>:

Մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բռնության հետևանքները կարող են մեծապես ազդել կանանց ոչ միայն ֆիզիկական, այլև հոգեկան առողջության վրա՝ առաջ բերելով մեղավորության զգացում, ինքնագնահատականի անկում և նույնիսկ ծանր հոգեբանական խանգարումներ, ինչպիսիք են հետծննդաբերական սուր սթրեսային խանգարումը (ASD), հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (PTSD) և հետծննդաբերական դեպրեսիան (PPD)<sup>3</sup>:

Մինչ միջին և ցածր եկամուտ ունեցող երկրների առողջապահական համակարգերը ակտիվորեն պայքարում են մոր և մանկանն ուղղված առողջապահական ցուցանիշների բարելավման ուղղությամբ՝ բժշկական կազմակերպություններում կանանց հանդեպ վերաբերմունքը հաճախ պատճառ է դառնում մոր և մանկանն ուղղված առողջապահական ծառայություններից հրաժարման կամ ոչ լիարժեք ուտիլիզացիայի՝ սպառման համար, որն էլ հետագայում կազդի մոր և մանկան առողջության ազգային մակարդակի ցուցանիշների վրա<sup>4</sup>:

Հայաստանում թեև չկա մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ օրենսդրական սահմանում, չկան ամբողջական վիճակագրական պաշտոնական տվյալներ և հետազոտություններ, սակայն և՛ երևույթը կա, և՛ հետևանքները:

Հայաստանում մանկաբարձական բռնության տեսակներն ու իրական միտումները բացահայտելու, կանանց և երեխաների առողջության վրա դրա հնարավոր հետևանքները պարզելու նպատակով նախաձեռնվել է այս հետազոտությունը:

---

2 World Health Organization (2014) "Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations". World Health Organization. Available at: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf) (Accessed 27 January 2025).

3 Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023) "Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review", *Nursing Reports*, 13(4), pp. 1553-1576. Available at: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130> (Accessed 27 January 2025).

4 Vacafior, C. H. (2016) "Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina", *Reproductive Health Matters*, 24(47), pp. 65-73. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001> (Accessed 27 January 2025).

Հետազոտության հիմնական հարցերն են.

- Ծննդաբերության ի՞նչ փորձառություն են ունեցել կանայք Հայաստանի Հանրապետության երեք խոշոր քաղաքների մոր և մանկան առողջության կենտրոններում:
- Գիտե՞ն արդյոք՝ ինչ է մանկաբարձական բռնությունը և անձամբ առնչվե՞լ են դրա որևիցե դրսևորմանը: Որևէ մեկին հայտնե՞լ են արդյոք իրենց հանդեպ կիրառված՝ ՄԲ-ին համապատասխանող դրսևորումների մասին:
- Որո՞նք են Հայաստանում մանկաբարձական բռնությանը նպաստող հիմնական հնարավոր համակարգային, սոցիալական կամ մշակութային գործոնները:
- Որո՞նք են Հայաստանում ՄԲ-ի հնարավոր հետևանքները կնոջ ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա:
- Ի՞նչ կարիքներ ունեն և՛ կանայք, և՛ համակարգը՝ ՄԲ առկա դրսևորումները և դրանց նպաստող գործոնների ազդեցությունը նվազեցնելու համար:

### **Հեղափոխության մեթոդաբանությունը**

Հետազոտությունը որակական բովանդակության վերլուծություն է: Քանի որ Հայաստանի վերաբերյալ մանկաբարձական բռնության թեմայով քանակական տվյալներ առկա չեն, այս ուսումնասիրությունը նկարագրական է՝ իրավիճակը նկարագրելու և հետագա քանակական հետազոտությունների համար ուղենիշներ ներկայացնելու նպատակով:

### **Արդյունքները**

Հետազոտության արդյունքներն ապացուցել են ՄԲ տարբեր դրսևորումների առկայությունը Հայաստանում, որտեղ առանցքային նշանակություն ունեն համակարգային խնդիրները, սակայն որոշ դեպքերում ավելանում են կնոջ և բուժաշխատողների միջանձնային հարաբերություններն ու հաղորդակցական գործոնը, որոշ դեպքերում էլ ազդում են հասարակության նախապաշարումները:

Կնոջ իրավունքի և արժանապատվության ոտնահարումը, նրա կյանքին, ֆիզիկական և հոգեկան առողջությանը ուղղված սպառնալիքն է պատճառը, որ անհրաժեշտ են հետազոտություններ, գործողություններ, երկխոսություն և ջատագովություն հանրային առողջության և մարդու իրավունքների այս կարևոր հարցի վերաբերյալ<sup>5</sup>:

---

5 World Health Organization (2014) "WHO statement: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth".

## Գրականության վերլուծություն

### 1.1. «Մանկաբարձական բռնություն» հասկացությունը և երևույթին բնորոշ հատկանիշները

Դեռևս 2010-ին հանրային առողջության և առողջապահական համակարգերի մասնագետ Դիանա Բոուսերը և բժիշկ Քեթլին Հիլը Հարվարդի հանրային առողջության դպրոցի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանդեսում հրատարակված «Բժշկական հաստատություններում ծննդաբերության ժամանակ անհարգալից վերաբերմունքի և չարաշահման փաստերի ուսումնասիրություն» վերնագրով զեկույցում<sup>6</sup> նշել են ծննդաբերության ժամանակ անհարգալից վերաբերմունքի և բռնության յոթ կատեգորիայի մասին՝ ֆիզիկական բռնություն, չհամաձայնեցված միջամտություն, գաղտնիության խախտում, ոչ արժանապատիվ վերաբերմունք, խտրականություն, անուշադրության մատնում և հաստատության ներսում ազատությունից զրկում: Իսկ ՄԲ վերաբերյալ լայնածավալ համընդհանուր սիստեմատիկ հետազոտությունը 2015-ին առանձնացրել է ՄԲ հիմնական դրսևորումները, որոնք ներկայացված են ստորև (*Աղյուսակ 1*)<sup>7</sup>:

- 6 Bowser, D. & Hill, K. (2010) "Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis". USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. Available at: [https://content.sph.harvard.edu/wwwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://content.sph.harvard.edu/wwwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf) (Accessed 27 January 2025).
- 7 Bohren, M. A., Vogel, J., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A. & Tunçalp, Ö. (2015) "The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review", PLOS Medicine, 12(6), p. e1001847. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847> (Accessed 27 January 2025).

Բռնության տեսակները	Բռնության տեսակների դրսևորումները
Ֆիզիկական բռնություն	Ֆիզիկական ուժի գործադրում՝ ապտակ, հրոց, ճմլթոց, ֆիզիկական սահմանափակում՝ կապում, պահում հարկադրական դիրքում
Սեռական բռնություն	Սեռական ոտնձգություն կամ բռնաբարություն
Խարան/խտրակա- նություն	Խտրական վերաբերմունք՝ պայմանավորված սոցիալական դիրքով, ազգությամբ, կրոնով, տարիքով, քաշով, առողջական վիճակով և այլն
Վերբալ բռնություն	Ոչ պատշաճ բառապաշար, վիրավորական, ստորա- ցուցիչ արտահայտություններ, անտեղի քննադա- տություն
Մասնագիտական չափորոշիչների խախտում	Տեղեկացված համաձայնության բացակայություն Բժշկական գաղտնիքի և մեկուսիության խախտում Բժշկական անհարկի միջամտություններ Ցավագրկման բացակայություն կամ մերժում Անտեսում/մասնագիտական աջակցության մերժում
Կնոջ և մասնագետի (բժիշկ, բուժքույր) միջև փոխհարաբե- րության խնդիրներ	«Վատ», թերի, ոչ բավարար հաղորդակցություն Կնոջ՝ որոշում կայացնելու իրավունքի անտեսում Աջակցության կամ աջակցողի/ուղեկցողի մերժում
Համակարգի թերու- թյուններ	Ռեսուրսների անբավարարություն Քաղաքականության բացակայություն

**Աղյուսակ 1. Մանկաբարձական բռնության հիմնական դրսևորումները**

ՄԲ-ի առկայության հարցում առանցքային նշանակություն ունի առողջապահական համակարգը, որին ավելանում են կանանց և բուժաշխատողների միջանձնային հարաբերությունները<sup>8</sup>: Այլ կերպ ասած՝ խոսքը միայն անփոյթ կամ վատ մտադրություններ ունեցող անձնակազմի մասին չէ, այլ նաև մասնագիտական և կազմակերպ- չական պրակտիկայի մասին է, օրինակ՝ ֆինանսական գործոններ,

8 Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. & Rousseau, C. (2018) "Obstetrical violence in healthcare settings: A concept analysis", *Recherches féministes*, 31(1), pp. 219-238. Available at: <https://doi.org/10.7202/1050662ar> (Accessed 27 January 2025).

մասնագիտական մշակույթ, հիերարխիկ և իշխային հարաբերություններ բուժաշխատողների և հիվանդների միջև<sup>9</sup>:

ՄԲ դրսևորումների համար գործոն են նաև կնոջ վերարտադրողական ֆունկցիայի վերաբերյալ կարծրատիպերը, նախապաշարմունքները և սեռային խտրականությունը, որոնք առկա են մինչ օրս<sup>10</sup>:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) բռնությունը սահմանում է որպես «ֆիզիկական ուժի կամ իշխանության դիտավորյալ կիրառում՝ անձի, անձանց կամ համայնքին ուղղված սպառնալիք, որը կամ հանգեցնում է, կամ ունի մեծ հավանականություն, որ կարող է հանգեցնել վնասվածքների, մահվան, հոգեբանական վնասների, զարգացման խոչընդոտի կամ զրկանքների»<sup>11</sup>:

«Մանկաբարձական բռնություն» եզրույթի հուզական ընկալումը կարող է թյուրիմացությունների կամ սխալ պատկերացումների պատճառ դառնալ և կարող է մեկնաբանվել որպես բուժաշխատողների կողմից դիտավորյալ բռնություն, սակայն շատ դեպքերում ՄԲ-ն նկարագրվում է անփութությամբ, անտարբերությամբ, անհարգալից, կոպիտ վարքով, լիազորությունների չարաշահմամբ կամ պրոֆեսիոնալիզմի պակասով, շատ ծանր դեպքերում էլ՝ ուղղակի ֆիզիկական բռնությամբ կանանց իրավունքների խախտմամբ դրսևորում<sup>12</sup>:

- 
- 9 Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A. & Dearing, K. A. (2008) "Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), pp. 600-607. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x> (Accessed 27 January 2025).
  - 10 Bohren, M. A., Vogel, J., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A. & Tunçalp, Ö. (2015) "The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review", *PLOS Medicine*, 12(6), p. e1001847. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847> (Accessed 27 January 2025).
  - 10 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (n.d.) "Sexual and reproductive health and rights". OHCHR. Available at: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights> (Accessed 27 January 2025).
  - Pickles, C. (2024) "Everything is Obstetric Violence Now: Identifying the Violence in Obstetric Violence to Strengthen Socio-legal Reform Efforts", *Oxford Journal of Legal Studies*, 44(3), pp. 616-644. doi: 10.1093/ojls/gqae016. PMID: 39234495; PMCID: PMC11368831.
  - 11 World Health Organization (n.d.) "Violence, injuries and disabilities". WHO EMRO. Available at: <https://www.emro.who.int/violence-injuries-disabilities/> (Accessed 27 January 2025).
  - 12 Chervenak, F.A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S.L., De Four Jones, M., Gordon, M.R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A. and Warman, A., 2023. Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230.

Բժշկական հաստատության ներսում անհարգալից և վիրավորական վերաբերմունքի մասին արձանագրումները բացահայտ ֆիզիկական բռնության, խիստ նվաստացուցիչ և վիրավորական խոսքերի, հարկադիր և անբարեխիղճ բժշկական միջամտության (այդ թվում՝ ստերջացման), գաղտնիության, լիարժեք տեղեկացված լինելու և դրա հիման վրա համաձայնություն տալու բացակայության, ցավազրկման կամ ընդհանրապես բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման մերժման, ծննդաբերության ընթացքում կնոջն անտեսելու, նրա կյանքին սպառնացող վտանգավոր իրավիճակներն ու բարդությունները չկանխարգելելու, ծննդաբերությունից հետո կնոջն ու նորածինն մինչև վճարումներ կատարելը դուրս չգրելու և այլ դրսևորումների մասին են եղել: Ի թիվս այլոց, անչափահասները, չամուսնացած կանայք, սոցիալական ցածր կարգավիճակ ունեցող կանայք, էթնիկ փոքրամասնություններ ներկայացնող կանայք, միգրանտ կանայք և ՄԻԱՎ-ով ապրող կանայք հատկապես անհարգալից և վիրավորական վերաբերմունքի են արժանանում<sup>13</sup>:

Լայնորեն տարածված են մայրական խնամքի ընթացքում կնոջ նկատմամբ անհարգալից և ոչ պատշաճ վերաբերմունքի մասին լուրերը: Ըստ հաշվարկների՝ մանկաբարձագինեկոլոգիական որևէ տեսակի բուժօգնություն փնտրող կանանց 13–28 տոկոսը իր կյանքի ընթացքում ենթարկվել է անհարգալից վերաբերմունքի: Մանկաբարձ-գինեկոլոգները և մանկաբարձ-գինեկոլոգիական ծառայության ամբողջ անձնակազմը պարտավորություն ունեն հարգելու բուժառուի տեղեկացված որոշումը: Այս պարտավորությունները պետք է հավասարակշռված լինեն մոր և պտղի իրավունքի հետ՝ էթիկական կամ կլինիկական անհամապատասխանություններից զուրկ լինելով<sup>14</sup>:

---

13 Bohren, M.A., Hunter, E.C., Munthe-Kaas, H.M. et al., 2014. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11, p. 71. Available at: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71> (Accessed 27 January 2025).

14 Chervenak, F.A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S.L., De Four Jones, M., Gordon, M.R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A. and Warman, A., 2023. Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230.



## 1.2. Մանկաբարձական բռնության տարածվածությունն այլ երկրներում

Թեև տարբեր երկրներում մանկաբարձական բռնության դրսևորումների տեսակներն ու ծավալները տարբեր են, սակայն խնդիրը և հատկապես դրա ազդեցությունը համաշխարհային ընդգրկում ունեն:

ԱՄՆ-ում 2024-ին իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ էպիզոտոմիայի՝ շեքի հյուսվածքների հատման ենթարկված կանանց 75 տոկոսը ընտրության և որոշում կայացնելու հնարավորություն չի ունեցել: Հայտնաբերվել են մանկաբարձական բռնության այնպիսի դրսևորումների վերաբերյալ ապացույցներ, ինչպիսիք են ծննդաբերության խթանումը, կոպիտ վերաբերմունքը, անհարկի էպիզոտոմիաները: Նույն հետազոտությունը առաջարկել է համակարգային լուծում տալ, սահմանել մանկաբարձական բռնությունը և վերահսկել մանկաբարձական խնամքի որակը<sup>15</sup>:

2015 թ. Քենիայում, Եթովպիայում, Տանզանիայում և Նիգերիայում կատարված ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ տարբեր երկրներում երեխա ունեցող կանանց շրջանում անհարգալից վերաբերմունքի և բռնության տարածվածությունը տարբեր է եղել՝ 15–98 տոկոս<sup>16</sup>:

Նմանապես, 2017 թվականին Պերուի հիվանդանոցներում 1528 կանանց շրջանում անցկացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ կանանց մոտ 97 տոկոսը ծննդաբերության ժամանակ հանդիպել է առնվազն մեկ տեսակի անհարգալից վերաբերմունքի և բռնության, ընդ որում՝ արժանապատվության անարգումն ու չհամաձայնեցված միջամտությունը առավել հաճախ են հանդիպում: Կանանց մոտ 55 տոկոսն արժանացել է վատ վերաբերմունքի<sup>17</sup>:

15 Polavarapu, M., Odems, D.S., Banks, S. and Singh, S., 2024. Role of obstetric violence and patient choice: factors associated with episiotomy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69, pp. 718-726. Available at: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13655> (Accessed 27 January 2025).

16 Gebeyehu, N.A., Adella, G.A. and Tegegne, K.D., 2023. Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, p. 1117116. Available at: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116> (Accessed 27 January 2025).

17 Bohren, M.A., Vogel, J.P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M.A., Olutayo, A.O., ... and Hindin, M.J., 2018. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine

Եվրոպական միության անդամ 27 երկրներում կատարված ուսումնասիրությունների հիման վրա հրապարակվել է «Մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բռնությունը ԵՄ-ում. Տարածվածությունը, դրա նվազեցմանն ու կանխարգելմանն ուղղված օրենսդրությունն ու կրթական ուղեցույցները» հետազոտությունը, որում մանրամասն ներկայացվում է այդ երկրներում մանկաբարձական բռնության տարբեր դրսևորումների տարածվածությունը, բացահայտվում են խնդիրները և մարտահրավերները՝ բարելավելու դրա ըմբռումը և կանխարգելումը: Ձեկույցում ներկայացված տվյալների համաձայն՝ Եվրոպական մի քանի երկրներում առանձնահատուկ սուր է բժշկական միջամտության վերաբերյալ կնոջ տեղեկացված համաձայնություն տալու խնդիրը, անգամ եթե խոսքը այնպիսի լուրջ միջամտության մասին է, ինչպիսին է էպիզիոտոմիան: Այսպես՝ Բելգիայում համաձայնության բացակայության մասին նշել է կանանց 49 տոկոսը, Չեխիայում կանանց 100 տոկոսը հայտնել է, որ շատ կամ բավականին անհանգստացած է, որ մայրական կարողություններն ու կոմպետենցիաները նսեմացված են, և միջամտություններն իրականացվում են առանց իրենց համաձայնության: Գերմանիայում կանանց 42.8 տոկոսը ոչ տեղեկացված միջամտությունների մասին է հայտնել, Հունաստանում կանանց 40 տոկոսն ունեցել է էպիզիոտոմիա, և նրանց միայն կեսն է տվել այդ միջամտությունն անելու համաձայնություն, Ֆինլանդիայում միջամտությունների 30 տոկոսը կատարվել է առանց համաձայնության կամ գաղտնի, Ֆրանսիայում կանանց 20 տոկոսը հայտնել է, որ իրենցից համաձայնություն չեն ստացել օքսիտոցինի կիրառման, իսկ 51,8 տոկոսը՝ էպիզիոտոմիա կատարելու համար, Հունգարիայում 10 կանանցից 7-ը էպիզիոտոմիա են ունեցել, որոնց կեսը համաձայնություն չի տվել դրան: Իտալիայում վերջին 14 տարվա ընթացքում կանանց 30 տոկոսը, այսինքն՝ 1,6 միլիոն կին (որոնց 61 տոկոսը էպիզիոտոմիա են ունեցել) հայտարարել են, որ տեղեկացված համաձայնություն չեն տվել միջամտությունը թույլատրելու համար: Կանանց 15 տոկոսը՝ 400 000 կին, նշել է, որ այդ միջամտությունը բացասական է անդրադարձել իր միզասեռական համակարգի գործունեության վրա: Նիդերլանդներում

---

cities of Peru. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 140(2), pp. 184-190. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12353> (Accessed 27 January 2025).

էպիզիոտոմիա ունեցած կանանց 41.7 տոկոսը չեն տվել իրենց համաձայնությունը, իսկ օքսիտոցինի ներարկման համար համաձայնություն չի տվել 47.5 տոկոսը: Սլովակիայում կանանց 48 տոկոսն ունեցել է էպիզիոտոմիա, նրանց 67 տոկոսը համաձայնություն չի տվել դրան:

Նույն հետազոտությամբ նկարագրվում են նաև մեկուսիության և գաղտնիության բացակայության մասին փաստեր: Գերմանիայում 32.7 տոկոսը նշել է ֆիզիկական գաղտնիության խախտման մասին, Իտալիայում 19 տոկոսը գանգատվել է հիվանդանոցում գտնվելու տարբեր փուլերում և պահերին գաղտնիության բացակայությունից, Լեհաստանում հիվանդանոցների ավելի քան 50 տոկոսում ծննդաբերության և զննման սենյակներում չեն ապահովում հիվանդի մեկուսիությունն ու արժանապատվությունը:

Նույն հետազոտությամբ նկարագրված մյուս խնդիրը վերաբերում է ոչ բավարար ցավազրկմանը: Ֆինլանդիայում կանանց 23 տոկոսին չի կատարվել ցավազրկում, Խորվաթիայում կանանց 37 տոկոսը հայտնել է, որ բավարար անզգայացում չի ստացել հեշտոցային կարեր դնելիս, Լեհաստանում 14.6 տոկոսը նշել է ընդունարանում գերցավոտ ներզննում կատարելու մասին, Սլովակիայում հարցվածների 23.9 տոկոսը նշել է, որ վնասվածքների կամ կտրվածքների կարումը եղել է առանց ցավազրկման, իսկ 14.5 տոկոսի դեպքում՝ առանց բավարար անզգայացման:

Հաջորդ տարածված խնդիրը, ըստ նույն հետազոտության, հարկադիր դիրքի պարտադրումն է: Էստոնիայում կանանց 39.5 տոկոսը նշել է, որ սահմանափակել են իրենց շարժումները, Լեհաստանում կանանց 23 տոկոսին թույլ չի տրվել քայլել կամ փոխել դիրքը ծննդաբերության ժամանակ, Շվեդիայում կանանց 35.4 տոկոսին չի տրվել ծննդյան դիրքի ընտրության հնարավորություն<sup>18</sup>:

Եվրոպական երկրներում մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ կան նաև որակական հետազոտություններ, որոնք նկարագրում են կանանց փորձառությունը և հիմնված են նրանց հետ ար-

---

18 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761.478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) (Accessed 27 January 2025).

ված մանրակրկիտ հարցազրույցների վրա: Օրինակ՝ Գերմանիայում իրականացված հետազոտական աշխատանքը վերլուծել է 20 կանանց պատմությունները: Նրանք նկարագրել են մանկաբարձական բռնության հետևյալ տեսակները՝ անտարբերություն, ուղղակի վատ վերաբերմունք, տեղեկատվության և շփման պակաս, անձնական սահմանների խախտում և համակարգային խնդիրներ, որոնք, ինչպես ասում են, ներքին մշակույթ են<sup>19</sup>:

Մեկ այլ որակական վերլուծություն էլ կատարվել է Նիդերլանդներում՝ «Վերածնունդ» շարժման #breakthesilence արշավին մասնակից կանանց պատմությունների հիման վրա: Ընդհանուր առմամբ հետազոտվել է 438 պատմություն, այդ թվում՝ ոչ արդյունավետ հաղորդակցության, ինքնավարության կորստի և տեղեկացված համաձայնության և գաղտնիության բացակայության պայմաններում: Բացահայտված գլխավոր թեման «Լքված կամ անգոր» էր կոչվում՝ նկարագրելու համար, թե ինչ են զգում կանայք, երբ զրկված են ինքնավարությունից<sup>20</sup>:

Ֆինլանդիայում «Me Too During Childbirth» արշավին մասնակցած 60 կանանց վկայություններում առանձնանում էին հետևյալ դրսևորումները՝ ինքնավարության կորուստ, որոշում կայացնողի լիազորությունների ամբողջական փոխանցում բժշկական անձնակազմին, տանջալից և անվերահսկելի ցավ, գործիքային ծննդաբերություն, որը զգացվել էր որպես բռնի, խիստ տոկոնություն պահանջող, աջակցության կամ կարեկցանքի բացակայություն և մենակություն անհաղթահարելի ցավի պահերին: Պարզվել էր նաև, որ հաճախ ոտնահարում են բժշկական միջամտություններից հրաժարվելու կանանց իրավունքը՝ որոշ դեպքերում նույնիսկ սպառնալով զրկել սոցիալական որևէ արտոնությունից, օրինակ՝ մայրության նպաստից<sup>21</sup>:

19 Reuther, M.L., 2022. Obstetric violence experiences of birth givers in Germany: A thematic analysis of birth stories. *Master's thesis*, University of Twente. Available at: [http://essay.utwente.nl/93380/1/reuther\\_MA\\_bms.pdf](http://essay.utwente.nl/93380/1/reuther_MA_bms.pdf) (Accessed 27 January 2025).

20 Van der Pijl, M.S.G., Klein Essink, M., van der Linden, T., Verweij, R., Kingma, E., Hollander, M.H., De Jonge, A. and Verhoeven, C.J., 2023. Consent and refusal of procedures during labour and birth: A survey among 11,418 women in the Netherlands. *BMJ Quality & Safety*. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015538> (Accessed 27 January 2025).

21 Simonovic, D., 2019. Report on the mistreatment and violence against women during reproductive healthcare and childbirth in Finland: A response to the call for submissions

Հունաստանում առցանց հարցման 63 մասնակից կին հայտնել է անարդար և անտեղի տարբեր միջամտությունների (օրինակ՝ ծննդաբերության արհեստական խթանման, պտղապարկի արհեստական հատման և օքսիտոցինի ներարկման) մասին, շարունակական վագինալ զննությունների, մահճակալին գամելու և շարժումներն արգելելու, անզգայացնելու և/կամ ցավազրկել մերժելու, Կրիստելլերի հնարքի (ֆոնդային ճնշման) կիրառման, «ամուսնու կարի», վիրավորական (զավեշտալի, նվաստացուցիչ) մեկնաբանությունների մասին<sup>22</sup>:

Իսպանիայի հանրային հիվանդանոցներում իրականացված հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ կեսարյան հատումների ցուցանիշը գիշերը՝ մինչև կեսգիշեր ընկած ժամերին, ավելի բարձր է: Նմանապես, Ավստրիայում 2020 թ. կատարված մի ուսումնասիրություն հայտնաբերել է, որ մանկաբարձ-գինեկոլոգները ավելի հակված են կեսարյան հատումներ անել ուրբաթ և նախատոնական, քան հանգստյան օրերին:

Իսպանիայի վերաբերյալ մեկ այլ հետազոտության համաձայն՝ խնդրի մեծությունը տագնապալի է: Մասնակից կանանց գրեթե կեսը հայտնել է իր բացասական փորձառության մասին՝ նշելով, որ ծննդաբերելիս եղել են անհարկի և/կամ ցավոտ միջամտություններ, և հիվանդանոցները համարել է տարածք, որտեղ ամենաշատն է բռնություն գործադրվում: Բացահայտումները, ինչպիսին, օրինակ, այն, որ 74,2 տոկոսը հայտնել է բժշկական միջամտության վերաբերյալ տեղեկություն չտրամադրելու և տեղեկացված համաձայնության բացակայության մասին, կամ որ կանանց 87,6 տոկոսը քննադատվել է իր վարքի համար, վկայում են, որ ծննդաբերության ժամանակ կանայք հաճախ ենթարկվում են մանկաբարձական բռնության<sup>23</sup>:

---

by the OHCHR-UN. *United Nations Digital Library*. Available at: [https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A\\_74\\_137-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-EN.pdf). [Accessed 27 January 2025].

- 22 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) (Accessed 27 January 2025).
- 23 Peiró-Boladeras, M., Ruiz-Rojo, E., Moliner-Gil, F., Cortés-Castell, E., García-Álvarez, V. and Palencia, L., 2021. Obstetric violence in Spain (Part III): Healthcare professionals, times, and areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), p. 3359. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359> (Accessed 27 January 2025).

Վերը նշված հետազոտությունների տվյալներից ստացվում է, որ առողջապահական համակարգը կարող է վերահսկել կնոջ վերարտադրողական առողջությունը դեռահասությունից մինչև կյանքի վերջ, և կանայք հազվադեպ են հեռանում այդ «գինեկոլոգիական կարիերայից» (կոչվում է «կարիերա», քանի որ դա տաժանակիր աշխատանք է՝ պայքար հակաբեղմնավորման և այլ ռիսկերի կանխարգելման համար ամբողջ կյանքի ընթացքում): Եվ հասարակության կողմից կնոջ ցավ զգալը վաղ տարիքից որպես նորմա է սահմանվում ու համարվում բնականոն<sup>24</sup>:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել նաև, որ որոշ կանայք ավելի շատ են ենթարկվում ՄԲ-ին, քան մյուսները, քանի որ սեռով պայմանավորված խտրականությունը համակցվում է խտրականության այլ հիմքերի հետ (օրինակ՝ սոցիալական կարգավիճակը, սեռական կողմնորոշումը, հաշմանդամությունը և/կամ տարիքը), կամ քանի որ նրանք չեն համապատասխանում «լավ կին» լինելու նորմերին (օրինակ՝ համարվում են չափազանց երիտասարդ, չափազանց ծեր կամ ոչ կայուն հետերոսեքսուալ զույգում, գործազուրկ և այլն)<sup>25</sup>:

IMAGiNE EURO նախագծի շրջանակներում իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 11 երկրում, որոնց թվում են Գերմանիան, Ֆրանսիան, Իտալիան, Խորվաթիան, Լյուքսեմբուրգը, Պորտուգալիան, Շվեդիան, Սլովենիան, միգրանտ կանանց ցուցաբերվող մանկաբարձական ծառայության որակը տարբեր է մյուս կանանց մատուցվող ծառայության որակից: Մասնավորապես, արտագնա աշխատանքի մեկնող կանայք ավելի հաճախ են բախվել մանկաբարձական բռնության՝ համեմատած ոչ միգրանտ կանանց հետ, օրինակ՝ հաստատություն մուտք գործելու խոչընդոտ (32,9 տոկոս ընդդեմ 29,9 տոկոսի), հաստատություն ժամանելիս ժամանակին խնամքի չտրա-

24 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761.478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) (Accessed 27 January 2025).

25 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761.478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) (Accessed 27 January 2025).

մադրում (14.7 տոկոս ընդդեմ 13.0 տոկոսի), երեխայի հետ մնալու արգելք (7.8 տոկոս ընդդեմ 6.9 տոկոսի), ֆիզիկական/բանավոր/հուզական բռնություն (14.5 տոկոս ընդդեմ 12.7 տոկոսի)<sup>26</sup>:

Լեհաստանում իրականացված հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ ավելորդ քաշ ունեցող կանանց 14 տոկոսն զգացել է, որ իրենց ավելի վատ են վերաբերվել ավելորդ քաշի պատճառով: Լեհաստանում ծննդաբերած երիտասարդ կանանց շրջանում արված հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ 25 տոկոսն զգացել է, որ իրենց ավելի վատ են վերաբերվել տարիքի պատճառով: Շատ Եվրոպական երկրներում որակավորված բժիշկների և մանկաբարձուհիների պակասը, նրանց փորձի, ապացուցահեն բժշկության և ուղեցույցների մասին գիտելիքների պակասը, որոնք շատ դեպքերում առողջապահական համակարգի կառուցվածքային խնդիրների հետևանք են, կարող են մեծացնել բուժառուի հանդեպ անուշադրության դեպքերը և ոչ միտումնավոր, սակայն բռնություն համարվող դրսևորումները<sup>27</sup>:

Եվրոպական երկրներում իրականացված մի քանի ուսումնասիրություններ, որոնք ամփոփված են սույն գլխում բազմիցս մեջբերված հետազոտությունից, ցույց են տվել, թե ինչ ֆիզիկական և հոգեբանական խնդիրներ են ունեցել պերինատալ ծառայության բուժառուները ողջ Եվրոպայում անբավարար ֆինանսավորման, ռեսուրսների և գիտելիքի պակասի հետևանքով: Օրինակ՝ Իռլանդիայում կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մանկաբարձուհիների շրջանում ուժասպառության, գերհոգնածության ցուցանիշը այլ մասնագետների համեմատ ավելի բարձր է, քանի որ անձնակազմի մշտական պակաս կա: Նմանապես, նորվեգացի մանկաբարձուհիների մոտ 20

26 Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., ... and Temmerman, M., 2022. Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European Region. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159(Suppl 1), pp. 39-53. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14385> (Accessed 27 January 2025).

27 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761.478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478) (Accessed 27 January 2025).

տոկոսը հայտնել է անձնական կամ աշխատանքի հետ կապված «այրման» մասին: Ֆրանսիայում կատարված երկու ուսումնասիրությունը ևս լույս են սփռում այս հարցի լրջության վրա. դրանցից մեկում ցույց է տրվում, որ մանկաբարձների թափուր աշխատատեղերը շատ են աշխատանքային ծանրաբեռնվածության և աշխատավայրում սթրեսի բարձր մակարդակի պատճառով: Երկրորդում նշվում է, որ նեոնատոլոգները, հակառակ իրենց գերծանրաբեռնվածությանը, ստանում են ցածր վարձատրություն, ինչը խստորեն ազդում է նրանց հոգեկան առողջության վրա: Առողջապահության համակարգի թերֆինանսավորման ճգնաժամը ցույց է տալիս, որ մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բռնությունը ոչ միշտ է կանխամտածված, այլ նաև հետևանք է բժշկական համակարգի կառավարման թերությունների<sup>28</sup>:

ՄԲ բարձր տարածվածությունը հանրային առողջապահական լուրջ խնդիր է և լրջորեն անդրադառնում է կանանց վերարտադրողական առողջության վրա: Այնուամենայնիվ, հետազոտողների շրջանում եզրաբանության ու սահմանման հետ կապված համաձայնության պակաս կա, և որպեսզի լիովին հասկանանք այս բարդ հարցը, շատ կարևոր է որդեգրել կնոջը որպես հիմնական շահառու տեսնելու մոտեցումը<sup>29</sup>:

### 1.3. Մանկաբարձական բռնության իրավական սահմանումը

Կնոջ սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքը ուղղակիորեն կապված է մարդու այնպիսի հիմնարար իրավունքների հետ, ինչպիսիք են կյանքի իրավունքը, բռնությունից զերծ լինելու իրավունքը, առողջ լինելու իրավունքը, անձնական կյանքի գաղտնիության իրավունքը, կրթության իրավունքը և խտրականության արգելքը: Հա-

28 European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. *Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies*, PE 761.478 - April 2024. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478). (Accessed 27 January 2025).

29 Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A. and Tunçalp, Ö., 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), p. 138. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5> (Accessed 27 January 2025).



մաճայն ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների խորհրդի՝ կնոջ սեռական և վերարտադրողական առողջության իրավունքի խախտումն արտահայտվում է բազմաթիվ ձևերով, այդ թվում՝ սեռական և վերարտադրողական առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մերժում կամ նշված ծառայությունների ցածր որակ.

- սեռական և վերարտադրողական առողջապահական ծառայությունների՝ կանանց հասանելիության սահմանափակում, ներառյալ այդ ծառայությունները ստանալու համար երրորդ կողմի թույլտվության անհրաժեշտությունը.
- հարկադիր հետազոտությունների իրականացում, այդ թվում՝ կուսության հարկադիր հետազոտություն.
- հղիության հարկադիր ընդհատում, կանանց սեռական օրգանների խեղում (FGM) և վաղ ամուսնություն<sup>30</sup>:

Մի շարք երկրներ, օրենսդրորեն սահմանելով մանկաբարձական բռնությունը, նպատակ են ունեցել պաշտպանել կնոջ վերարտադրողական առողջության իրավունքը:

Եվրոպական երկրների իրավական և քաղաքական խոսույթում մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բռնությունը միայն վերջերս է հայտնվել, մինչդեռ այն Լատինական Ամերիկայի երկրներում սահմանվել և սեռով պայմանավորված բռնության դրսևորում է համարվել դեռ վաղուց:

Վերջին տասը տարիների ընթացքում ԵՄ անդամ երկրներում քննարկվում է խնդիրն արձանագրելու, դրա համատարած բնույթը ճանաչելու հարցը, և ընդունվել են բռնության այս տեսակի դեմ կոնկրետ միջոցներ կիրառելու վերաբերյալ առաջարկություններ: «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» կոնվենցիան (CEDAW), մասնավորապես՝ 12-րդ հոդվածը, պահանջում է, որ կառավարությունները ձեռնարկեն բոլոր համապատասխան միջոցները առողջապահության ոլորտում կանանց նկատմամբ խտրականության վերացման համար, ներառյալ ընտանեկան պլանավորման ծառայությունների հասանելիությունը և հղիության, ծննդաբերության

30 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, n.d. Sexual and reproductive health and rights. *OHCHR*. Available at: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights> (Accessed 27 January 2025).

և հետծննդյան շրջանի ծառայությունները: Այս հոդվածի հետ կապված են նաև «Ընդհանուր առաջարկություններ» մասի 24-րդ և 31-րդ կետերը, որոնցում մասնավորապես նշվում է, որ բժշկական ծառայություն մատուցելիս պետք է ապահովել կնոջ՝ նախապես տեղեկացված համաձայնությունը, պետք է հարգել նրա արժանապատվությունը, ապահովել գաղտնիությունը և ծառայություն մատուցելիս հաշվի առնել նրանց կարիքները, հայացքները և ինքնավարությունը:

2014 թվականին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) հայտարարել է, որ բոլոր կանայք ունեն բարձր որակի բժշկական ծառայություն ստանալու իրավունք, և կատարել է մի շարք առաջարկություններ՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում արժանապատիվ և հարգալից վերաբերմունք ապահովելու և այս ոլորտում բռնությունը կամ խտրականությունը կանխելու համար: Միևնույն ժամանակ, սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին ԱՀԿ գործողությունների ծրագրի 2.1. կետով սահմանված նպատակը վերաբերում է սեռական և վերարտադրողական առողջության կարիքների և խնդիրների լուծմանը: Հիմնական գործողությունները ներառում են սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվության և կրթության հասանելիության բարելավումը, առողջապահության ոլորտի աշխատողների վերապատրաստումը, առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և հարմարավետության բարձրացումը<sup>31</sup>:

«Մանկաբարձական բռնություն» եզրույթը առաջինը հայտնվել է Վենեսուելայի օրենսդրության մեջ 2007 թվականին՝ կանանց վերարտադրողական իրավունքների պաշտպանության լայնածավալ քաղաքացիական շարժումներից հետո: Դրանից հետո այլ պետություններ ևս ընդունեցին այս գաղափարը: 2009 թվականին Արգենտինան մանկաբարձական բռնությունը սահմանել է որպես վերարտադրողական ազատության խախտում: 2013 թվականին այս երկրին հետևել են Պանաման և Բոլիվիան: Բացի դրանից՝ 2007-2018 թվականներին

31 World Health Organization Regional Office for Europe, 2016. Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. *World Health Organization Regional Office for Europe*. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338130/66wd13e-SexualReproHealth-160524.pdf> (Accessed 27 January 2025).

Մեքսիկայի և Բրազիլիայի տարբեր վարչական շրջաններ իրենց իրավասությունների շրջանակներում ընդունեցին օրենքներ, որոնք վերաբերում էին մանկաբարձական բռնությանը: 2017 թվականին այս եզրույթը ամրագրեց նաև Ուրուգվայը: Նշված երկրներում այս առաջընթացը հիմնականում պայմանավորված էր քաղաքացիական նախաձեռնություններով: «Բռնություն» բառը այս համատեքստում շեշտում է կնոջ իրավունքի ոտնահարումը: «Մանկաբարձություն» բառն ընդգծում է, որ այս բռնությունն ընդգրկում է ամբողջ վերարտադրողական ցիկլը, այդ թվում՝ հղիությունը, ծննդաբերությունը, հետծննդաբերական շրջանը և բնական կամ արհեստական հղիության ընդհատումը:

Արգենտինայում մանկաբարձական բռնության օրենսդրական առաջին ձևակերպմամբ բռնություն էր ճանաչվում ծննդաբերության ժամանակ առանց ցուցման էպիզոտոմիան, որը հետագայում բերում էր սֆինկտերի (անատոմիական միավոր, որը սեղմակի դեր ունի) ոչ լիարժեք գործելուն, օքսիտոցինի կիրառումը, որը վնասում էր պտղին: Արգենտինան օրենսդրորեն սահմանել է այս երևույթը որպես. «*բռնություն, որը կիրառում է բժշկական անձնակազմը կնոջ մարմնի և վերարտադրողական գործընթացների վրա, և որն արտահայտվում է ոչ մարդկային վերաբերմունքով, բուժական միջոցառումների չարաշահման և վերարտադրողական բնական պրոցեսների վրա անհարկի ազդեցությամբ*»: Սույն դրույթը նպատակ ունի բարձրացնել իրազեկվածությունը այս երևույթների վերաբերյալ, նաև ազդել ինչպես հանրային, այնպես էլ մասնավոր բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպություններում ծառայությունների տրամադրման պետական վերահսկողության վրա: Արգենտինական սահմանումն ավելին է ներառում, քան ԱՀԿ ընտրած «անհարգալից, վիրավորական վերաբերմունքն ու անուշադրությունը», նաև՝ «կանանց հանդեպ վատ վերաբերմունքը»<sup>32</sup>:

Բացի ԱՀԿ-ի թվարկած հարկադրական կամ անբարեվարք գործելակերպից՝ գաղտնիության խախտումն ու առանց համաձայնության միջամտությունը, ինչպես նաև ցավազրկման մերժումը կամ ընդհան-

32 Belli, L.F. and Boenechea, C.M., 2018. Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(10), pp. 1208-1211. Available at: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.1527> (Accessed 27 January 2025).

րապես բժշկական խնամքի մերժումը, 2014 թվականին Գինեկոլոգիայի և մանկաբարձության միջազգային ֆեդերացիան մանկաբարձական բռնության ուղեցույցներում ներառել է նաև ծննդաբերության ընթացքում հարկադրական դիրքը, ըմպելիքի և սննդի արգելքը<sup>33</sup>:

#### 1.4. Պատմական ակնարկ

Մանկաբարձական բռնությունը պատմության ընթացքում տարբեր դրսևորումներ է ունեցել: Մանկաբարձական բռնություն էր 19-րդ դարում Ամերիկայում սևամորթ ստրուկ կանանց վերարտադրողական ֆունկցիայի հաշվին տնտեսական շահ ստանալը, կամ հակառակը՝ նրանց զրկելը հղիանալու և առողջ երեխա ունենալու իրավունքից, հաճախ ստրուկ կանայք հղիության ընթացքում ստիպված էին լինում ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարել և ծննդաբերությունից հետո էլ չէին ստանում պահանջվող խնամքն ու չէին ապաքինվում: Միաժամանակ, ստրուկ կանայք բժշկական փորձարկումների զոհ էին դառնում<sup>34</sup>:

19-րդ դարի վերջին և 20-րդ դարում ծննդաբերական խնամքի արագ բժշկականացումը նույնպես հանգեցրեց սեռով պայմանավորված խտրականության և բռնության նոր ձևերի առաջացմանը, քանի որ տղամարդ բժիշկները ձգտում էին տեղահանել ավանդաբար կանանց հատուկ մասնագիտություն համարվող ծննդաբերության սպասավորներին և իշխանություն հաստատել երեխայի ծննդաբերության ընթացքի վրա: Բժշկի իշխանության դիրքից ելնելով՝ կանայք ենթարկվում էին անհարկի ագրեսիվ միջամտությունների և զրկվում էին սեփական մարմնի և առողջության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու հնարավորությունից: Ծննդաբերության ցավազրկումը նույնիսկ խտրական մոտեցմամբ էր արվում: 19-րդ դարի մի քանի բժիշկ պնդում էին, որ միջին և բարձր խավի սպիտակամորթ կանայք ավելի շատ ցավ են

33 FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee, FIGO Mother–Baby Friendly Birthing Facility Guideline Committee and Stones, W., 2015. Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128(2), pp. 95-99. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013> (Accessed 27 January 2025).

34 O'Brien, E. and Rich, M., 2022. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), pp. 2183-2185. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01079-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01079-1) (Accessed 27 January 2025).

զգում ծննդաբերության ժամանակ և իրենց ջանքերը կենտրոնացրել են այսպիսի կանանց ցավազրկելու վրա: Այս մոտեցումը անհավատալիորեն նկարագրվում է նաև մեր օրերում, երբ ԱՄՆ-ում բժիշկներն ավելի հազվադեպ են ցավազրկում առաջարկում սևամորթ կամ լատինական ծագման հիվանդներին: Նույն աղբյուրը նկարագրում է մանկաբարձական բռնության մեկ այլ դրսևորման մասին՝ ստերիլացման կամ ստերջացման, որի ահարկու դրսևորումներ եղել են հատկապես աֆրիկյան երկրներում: 20-րդ դարի սկզբին բազմաթիվ երկրներում եվգենիկյան շարժումները նպաստել են ժառանգականորեն «անպիտան» համարվողների ականա ստերիլիզացմանը, ինչը չափազանց մեծ ազդեցություն է թողել հաշմանդամություն ունեցող, սոցիալապես խոցելի և ոչ սպիտակամորթ կանանց վրա: Ստերիլացման չարաշահումը շարունակվել է նաև ավելի ուշ, նույնիսկ այն բանից հետո, երբ եվգենիկյան օրենքների մեծ մասը պաշտոնապես չեղյալ է հայտարարվել: ԱՄՆ-ում 1970-ականների ընթացքում հազարավոր բնիկ հնդկուհի կանայք ստերջացվել են Հնդկական առողջապահական ծառայության հիվանդանոցներում. նրանցից շատերը՝ ստորացումով և հարկադրական պայմաններում: Ստերիլացման չարաշահման օրինակ է եղել նաև Պերուում, որտեղ 1996-2001 թվականներին ստերջացվել է 250 000–300 000 կին: Այս գործողությունները բացահայտորեն ռասայական էին, և այդ ժամանակ երկրի նախագահ Ալբերտո Ֆուջիմորին դրանք անվանում էր երկրի «հնդկական խնդրի» լուծում<sup>35</sup>:

Այս պատմությունները ցույց են տալիս, թե ինչպես կարող է միջամտությունը հարկադրվել բուժառուին, և ինչպես կարող է մանկաբարձական բռնությունը պայմանավորված լինել կնոջ ռասայական, կրոնական, սոցիալական և ազգային պատկանելությամբ:

Մանկաբարձական բռնության այս պատմական ձևերից մի քանիսը շարունակվում են նաև 21-րդ դարի ընթացքում՝ արդեն նոր համատեքստով: 2006-2013 թվականներին ԱՄՆ-ում Կալիֆոռնիայի բանտային համակարգում ծննդաբերությունից հետո մայրերի և նորածինների հարկադիր բաժանումը, ինչպես նաև հարկադրական ստերիլացումը փաստագրված են: Բացի դրանից՝ շատ բանտերում ծննդաբե-

35 O'Brien, E. and Rich, M., 2022. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), pp. 2183-2185. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01079-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01079-1) (Accessed 27 January 2025).

րությունների ժամանակ կանանց շղթաները չէին հանվում՝ պատճառելով նրանց ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեբանական ցավ ու վնասվածքներ<sup>36</sup>:

Ժամանակակից մանկաբարձական բռնության մեկ այլ տարածված ձև է հղիության արհեստական ընդհատման հնարավորության մերժումը կամ խոչընդոտումը, ինչի հետևանքով կինը զրկվում է սեփական վերարտադրողական կյանքի վերաբերյալ որոշումներ ընդունելուց, ինչպեսև մեծանում է հղիության ապօրինի ընդհատումների ավելացման վտանգը: Չնայած նրան, որ վերջերս որոշ երկրներ ընդլայնել են հղիության արհեստական ընդհատման հասանելիությունը (օրինակ՝ Արգենտինան 2020 թ., Մեքսիկան և Բենինը՝ 2021 թ., Կոլումբիա՝ 2022 թ.), շատ երկրներում այս միջամտությունը դեռևս անօրինական է համարվում կամ խիստ սահմանափակ դեպքերում է օրինական: Մինչդեռ հղիության անվտանգ ընդհատման հնարավորության բացակայությունը առաջացնում է առողջապահական այնպիսի լուրջ ռիսկեր, ինչպիսիք են սեպսիսի և արյունահոսության դեպքերի ավելացումը, դրա հետևանքով՝ նաև սոցիալ-տնտեսական ու քաղաքական վնասը՝ կապված մարդու իրավունքի խախտման և ինքնավարության կորստի հետ, հայրիշխանության նորմերի հաստատման հետ, որոնք պատժում են կանանց՝ մայրությունը մերժելու համար:

Մանկաբարձական բռնության այս լայն շրջանակը ցույց է տալիս, և դա նշել են իրենց աշխատությունում նաև Լին Մորգանը և Էլիզաբեթ Ռոբերտսը, որ իշխանությունները կարող են կառավարել վերարտադրողական ֆունկցիան՝ ներգործելով և վերահսկելով վերարտադրողական վարքագիծը օրենսդրական, տնտեսական, բարոյական և ֆիզիկական միջոցների միջոցով<sup>37</sup>:

Թե՛ պատմության ընթացքում, թե՛ մեր օրերում ակտիվիստները վճռական դեր են խաղում մանկաբարձական բռնության ճանաչման և դրա դեմ պայքարելու գործում: Վերարտադրողական արդարության շրջանակը, որը մշակել են 1990-ական թվականներին մի խումբ

36 O'Brien, E. and Rich, M., 2022. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), pp. 2183-2185. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01079-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01079-1) (Accessed 27 January 2025).

37 Morgan, L.M. and Roberts, E.F., 2012. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), pp. 241-254. Available at: <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046> (Accessed 27 January 2025).

սևամորթ ֆեմինիստներ, ձևակերպել է վերարտադրողական իրավունքը որպես երեխա ունենալու կամ չունենալու վերաբերյալ ինքնուրույն որոշման իրավունք՝ ներառյալ առողջ և առանց բռնության միջավայրում այդ երեխաներին կրելու և մեծացնելու հնարավորությունը: Վերարտադրողական արդարության ակտիվիստները մեծ ուշադրություն են հրավիրել ռասայական խտրականության վրա և կոչ արել փոփոխություններ կատարել մանկաբարձական պրակտիկայում՝ կիրառելու դուլաների ու մանկաբարձուհիների ծառայությունները: Ակտիվիստներին նաև հաջողվել է կեսարյան հատման կլինիկական ցուցումներում, որը հայտնի է որպես Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) հաշվիչ, բացառել ռասայական պատկանելիության ներառումը<sup>38</sup>:

Պատմական տվյալներն օգնում են բացահայտել ժամանակի ընթացքում և կոնկրետ վայրում արձանագրված մանկաբարձական բռնության ծավալները և դրանց արտահայտումը ռասիզմի, կրոնական հալածանքների, գաղութացման և էթնոնացիոնալիզմի դրսևորումներում: Այս դրվագները ստիպում են հասկանալ վերարտադրողական առողջության կարևորությունը հասարակական և քաղաքական կյանքում և հաստատել վերարտադրողական արդարություն: Առողջապահական ոլորտի ներկայացուցիչների համար շատ կարևոր է տեղյակ լինել մանկաբարձական բռնության դրսևորումների մասին, որոնք ուղղակիորեն ազդում են բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերության վրա և դրանով իսկ՝ բուժառուի և նորածնի առողջության վրա: Կարևոր է ընդգծել բուժառուի արժանապատվության, նրա նկատմամբ հարգալից վերաբերմունքի, ինքնավարության՝ ինքնուրույն որոշում կայացնելու կարևորությունը:

Ինչպես բազմիցս նշվեց վերևում, քաղաքացիական շարժման դրդմամբ և արձանագրելով մանկաբարձական բռնության տարբեր դրսևորումներ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում 2009 թվականին Արգենտինան օրենսդրորեն սահմանել է մանկաբարձական բռնությունը՝ դիտարկելով այն կանանց հանդեպ սեռական բռնության լույսի ներքո և առողջապահական համակարգում

38 Smith, R.E. and Jones, L., 2019. Reproductive rights, reproductive justice: Redefining challenges to create optimal health for all women. *Journal of Healthcare Science and Humanities*, 9(1), pp. 19-31. PMID: 36819759; PMCID: PMC9930478 (Accessed 27 January 2025).

առկա չարաշահումն ու կանանց հանդեպ վատ վերաբերմունքը համարել է ոչ միայն համակարգի ճախողում, այլև հասարակության մեջ կանանց դերի խեղաթյուրում: Կնոջ մարմնի ու վերարտադրողական ֆունկցիայի նկատմամբ բուժական միջամտությունների չարաշահումը, բնական միջոցառումների պաթոլոգացումը ազդում են նրանց ինքնավարության և որոշումների կայացման կարողության վրա և, որպես դրա հետևանք, նվազեցնում նրանց կյանքի որակը: Բուժաշխատողի իշխանությունը բուժառուի հանդեպ համակարգային բնույթ ունի և արտահայտվում է հատկապես խոցելի իրավիճակում գտնվող, տվյալ դեպքում՝ ծննդաբերող կնոջ նկատմամբ տոտալ իշխանության կիրառմամբ, որն էլ հետագայում հիմք է հանդիսանում արատավոր վարքագծի նորմալ ընկալմանը և այդ վերաբերմունքի հաստատմանը հասարակության մեջ՝ խթանելով սեռական խտրականությունը: Հետևաբար մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բռնությունը կարելի է համարել համակարգային, սեռով պայմանավորված բռնության ձև, որի դրսևորումները խորապես արմատավորված են կնոջ մարմնի հանդեպ հասարակության, համակարգերի և բժշկական անձնակազմի կողմից վերահսկողության՝ դարեր շարունակվող ավանդույթի մեջ<sup>39</sup>:

---

39 Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A. and Tunçalp, Ö., 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), p. 138. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5> (Accessed 27 January 2025).



# Մանկաբարձական բռնության դրսևորումները Հայաստանում

## 2.1. Հակիրճ տվյալներ Հայաստանում ծննդօգնության վերաբերյալ

Հայաստանի օրենսդրությունը չի սահմանում մանկաբարձական բռնությունը: Հետևաբար Հայաստանում բացակայում են համակարգված տվյալներ, որոնք կբացատրեն այս երևույթի ժամանակային միտումները, տարածվածությունը և դրա բեռը: Չնայած քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների փորձերին՝ դեռևս քիչ են վստահելի տվյալները:

Մոր և մանկան առողջության տվյալների ներառմամբ վերջին լայնածավալ հետազոտությունը՝ ժողովրդագրության և առողջության հարցերի վերաբերյալ (DHS Armenia) իրականացվել է 2015 թ., և հրատարակվել են հետևյալ ցուցանիշները. Հայաստանում գրեթե բոլոր կանայք (99,7 տոկոս) ծննդաբերում են բուժհաստատություններում, ընդ որում 96 տոկոսը՝ բժշկի հսկողությամբ: Կանանց ընդամենը 0,2 տոկոսն է ծննդաբերում տանը. այս ցուցանիշը 2000 թ. համեմատությամբ (9 տոկոս) նվազել է 45 անգամ<sup>40</sup>:

Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից 2023 թվականին հրատարակված «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգրքի համաձայն՝ 2022 թվականին ընդհանուր 35 606 ծնունդներից միայն 17-ն (0,04 տոկոս) են եղել մասնագիտացված մանկաբարձական կենտրոնից/բաժանմունքից դուրս<sup>41</sup>:

40 Հայաստանի վիճակագրական ծառայություն, Առողջապահության նախարարություն, Այ Սի Էֆ 2017, Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն (ՀԺԱՀ), 2015-16 թթ.:

41 Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023 թ.: Հասանելի է. <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf> [ղիտում 27 հունվարի, 2025]:

Այնուամենայնիվ, բժշկական օգնությունից հրաժարվելու և տնային ծննդաբերությունների մասին դեպք-գեկույցներ պարբերաբար հրապարակվում են մամուլում կամ գիտական հանդիպումներին: Միաժամանակ, ՀՀ առողջապահական համակարգն անընդհատ ահազանգում է մարզերում, հատկապես գյուղական բնակավայրերում որակավորված բժիշկ մասնագետների և բուժքույրերի պակասի մասին, ինչն արդեն կարող է համակարգի նկատմամբ անվստահության կամ ոչ որակյալ բժշկական օգնության վտանգի պատճառ դառնալ:

Ծննդօգնության ոլորտի օրակարգային հարցերից է նաև կեսարյան հատումների աճող ցուցանիշը, որը վերջին տասնամյակում ավելի քան կրկնապատկվել է: Վերը հիշատակված՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից 2023 թվականին հրատարակված «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգրքի համաձայն՝ 2022 թվականին կեսարյան հատումների մասնաբաժինը ընդհանուր ծնունդներում կազմել է 38,4 տոկոս՝ Երևանում հատելով 40 տոկոսի սահմանը: Կեսարյան հատումների՝ գնալով աճող մակարդակը գլոբալ խնդիր է աշխարհի շատ երկրներում: Այն նաև ԱՀԿ օրակարգային հարցերից է: Հայաստանում, ինչպես շատ այլ երկրներում, այս խնդիրն ունի և՛ օբյեկտիվ, և՛ սուբյեկտիվ պատճառներ: Որպես հիմնական օբյեկտիվ պատճառներ՝ նշվում են բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը և կիրառումը մանկաբարձական պրակտիկայում, որի շնորհիվ բարձրացել են պտղի և հղիի ախտաբանությունների ախտորոշման հնարավորությունները, որոնք էլ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով (հղիության և ծննդաբերության ընթացքում ներքին և արտաքին արյունահոսություններ, առաջադիր ընկերք, պտղի դիսսրեքս սինդրոմ և այլն), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, հեպատիտ Բ և Ց և պերինատալ այլ ինֆեկցիաներով հղիների վարակվածության ցուցանիշների աճ, որոնց դեպքում ևս կատարվում է կեսարյան հատում, անպտղությանն ուղղված վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառում, որոնց դեպքում մեծ մաս են կազմում ռիսկի բարձր խմբի առաջնաձին կանայք՝ նույնպես կեսարյան հատման ցուցումներով, պերինատալ շրջանի նոր սահմանումը, երբ ծնունդ է համարվում հղիության ելքը՝ սկսած 22 շաբաթական ժամկետից, ընդ որում՝ այդ

վաղաժամ ծննդաբերությունները հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով, և վերջապես, այլ սուբյեկտիվ գործոններ, երբ կեսարյան հատում իրականացվում է հարաբերական ցուցումով կամ ոչ բավարար հիմնավորմամբ<sup>42</sup>:

Նշենք, որ կեսարյան հատումների աճին կարող է նպաստել նաև տարբերակված և ավելի բարձր գներով ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմի առկայությունը, ինչի արդյունքում թե՛ բժշկական հաստատությունը և թե՛ բժիշկը մոտիվացված են լինում կնոջը ծննդալուծել կեսարյան հատման ճանապարհով<sup>43</sup>:

2023 թվականին «Կետ 33» հասարակական կազմակերպությունը, Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի հետ համագործակցությամբ, իրականացրել է «Ծննդօգնությունը Հայաստանում. իրավակարգավորումներ և իրավունքներ» համապարփակ հետազոտությունը, որն անդրադարձել է ՀՀ օրենսդրության կարգավորումներին ծննդօգնության, անվճար տրամադրվող ծառայություններին նախաձեռնյան, ծննդաբերական, հետծննդաբերական շրջաններում, ֆինանսական աջակցման նպաստներին՝ նպատակ ունենալով ներկայացնել ծննդօգնության վերաբերյալ օրենսդրական կարգավորումները, կանանց իրավունքները նախաձեռնաբերական, ծննդաբերական ու հետծննդաբերական փուլերում, ինչպես նաև վեր հանելու առկա խնդիրները և դրանց լուծման ուղղությամբ առնել<sup>44</sup>:

Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության ոլորտի պետական լիազոր մարմինը՝ առողջապահության նախարարությունը, մոր և մանկան առողջությունը մշտապես գնահատել և ամրագրել է որպես առաջնահերթություն և այս ոլորտը կարգավորող օրենսդրության առկայության և դրա բարելավման վրա մշտապես աշխատել է: Սակայն առողջապահական համակարգում դեռևս առկա են խնդիր-

42 Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք 2023 թ.: Հասանելի է. <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf> [ղիտում 27 հունվարի, 2025]:

43 Tadevosyan, M., Movsesyan, Y., Simonyan, H., Hekimian, K. and Petrosyan, V., 2019. Factors associated with non-use of skilled delivery attendance in Armenia: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(2), pp. 2158-2166. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>.

44 «Կետ 33» Հայաստան, 2023. «Ծննդօգնությունը Հայաստանում. իրավակարգավորումներ և իրավունքներ»: Հասանելի է. <https://point33.am/wp-content/uploads/2023/02/Maternity-care-in-Armenia-Laws-and-Rights.pdf> [ղիտում 27 հունվարի, 2025]:

ներ, որոնք ուղղակիորեն ազդում են ծնելիության աճի վրա, քանի որ կա իրավական ակտերի և նորմերի կիրարկման խնդիր:

Մեծագույն քայլ է այն, որ Հայաստանում, որպես նախկինում ցածր, իսկ ներկայումս միջին եկամուտ ունեցող երկիր, դեռևս վաղուց նախաձեռնողյան խնամքն ու ծննդօգնությունն իրականացվում են անվճար: Սակայն համակարգը նաև պարտավոր է հետևողական լինել բժշկական միջամտությունների որակի և դրա վերահսկման նկատմամբ: Շատ կարևոր է առողջապահական ծառայությունների որակի չափման համար դիտարկել նաև կնոջ և նորածնի իրավունքների պահպանումն ու կնոջ բավարարվածությունը ծառայություններից: Այնինչ ծննդօգնության որակի և արդյունավետության գնահատման համար գլխավորապես դիտարկվում են քանակական ցուցանիշները, օրինակ՝ մայրական ու նորածնային մահերը, կենդանածինների թիվը և այլն:

Միևնույն ժամանակ, եթե կեսարյան հատումների ահագնացող աճի վրա կա պետական մարմինների կենտրոնացումը (հավանական է նաև, որ պատճառը դրանց ֆինանսական հետևանքներն են համակարգի վրա), ապա մի շարք տրավմատիկ միջամտությունների վերաբերյալ, ինչպիսին է, օրինակ, էպիզոտոմիան՝ շեքահատումը, հրապարակված վիճակագրական տվյալներ չկան: Չկան նաև հետազոտություններ՝ որակական կամ քանակական, թե ինչ միջամտությունների են ենթարկվում կանայք, հարգվում են արդյոք նրանց իրավունքները, առկա՞ է արդյոք նրանց համաձայնությունը այս կամ այն միջամտությանը, որո՞նք են կանանց խնդիրները այս ոլորտում, և ինչ հետևանքներ են դրանք թողնում կնոջ հետագա կյանքի, այդ թվում՝ հետագայում երեխաներ ունենալու որոշման վրա:

Կարևոր է նշել նաև, որ չկան օրենսդրական կամ այլ մեխանիզմներ՝ բժիշկների աշխատանքային արժանապատիվ պայմանների ապահովման և իրավունքների պաշտպանվածության վերաբերյալ:

Հայաստանում, թեև չկա մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ օրենսդրական սահմանում, չկան ամբողջական վիճակագրական պաշտոնական տվյալներ և հետազոտություններ, սակայն երևույթի առկայությունն ու հետևանքները չեն բացառվում: Մասնավորապես, թե՛ լրատվամիջոցներում, թե՛ հասարակական տարբեր հարթակներ

րում քննարկվում են դեպքեր, որոնք հենց մանկաբարձական բռնության դրսևորումներ են:

Այսպիսով՝ Հայաստանում մանկաբարձական բռնության տեսակներն ու իրական միտումները բացահայտելու, կանանց և երեխաների առողջության վրա դրա հնարավոր հետևանքները պարզելու նպատակով նախաձեռնվել է այս հետազոտությունը:

Հետազոտության հարցերն են՝

- Ծննդաբերության ի՞նչ փորձառություն են ունեցել կանայք Հայաստանի Հանրապետության երեք խոշոր քաղաքների մոր և մանկան առողջության կենտրոններում:
- Գիտե՞ն արդյոք՝ ինչ է մանկաբարձական բռնությունը, և անձամբ առնչվե՞լ են արդյոք դրա որևիցե դրսևորմանը: Որևէ մեկին հայտնե՞լ են արդյոք իրենց հանդեպ կիրառված՝ ՄԲ-ին համապատասխանող դրսևորումների մասին:
- Որո՞նք են Հայաստանում մանկաբարձական բռնությանը նպաստող հիմնական հնարավոր համակարգային, սոցիալական կամ մշակութային գործոնները:
- Որո՞նք են Հայաստանում ՄԲ-ի հնարավոր հետևանքները կնոջ ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա:
- Ի՞նչ կարիքներ ունեն և՛ կանայք, և՛ համակարգը՝ ՄԲ առկա դրսևորումները և դրանց նպաստող գործոնների ազդեցությունը նվազեցնելու համար:

## 2.2. Մեթոդաբանություն

Ուսումնասիրությունը որակական բովանդակության վերլուծություն է: Քանի որ Հայաստանի վերաբերյալ մանկաբարձական բռնության թեմայով քանակական տվյալներ առկա չեն, այս ուսումնասիրությունը նկարագրական է լինելու՝ իրավիճակը նկարագրելու և հետագա քանակական հետազոտությունների համար ուղենիշներ ներկայացնելու նպատակով:

Քանակական մեթոդի նկատմամբ որակական մեթոդի նախընտրությունը հիմնավորվում է նրանով, որ երևույթը բազմաթիվ դրսևորումներ ունի և հետևանք է բազմաթիվ գործոնների, ինչպես նաև

Հայաստանում առողջապահության պետական քաղաքականության կամ որևէ իրավական ակտում երևույթի սահմանման և վիճակագրական տվյալների բացակայության: Հետազոտության հիմքը ծննդաբերության փորձ ունեցող կանանց և մանկաբարձ գինեկոլոգների հետ առանձին հարցազրույցներն են՝ նախապես մշակված ուղեցույցի կիրառմամբ:

### ***Ընտրանք***

Ուսումնասիրության մասնակից կանայք ընտրվել են «ծնագնդի» մեթոդով՝ վերջին երեք տարում ՀՀ երեք խոշոր քաղաքների՝ Երևանի, Վանաձորի և Գյումրու Մոր և մանկան առողջության կենտրոններում ծննդաբերած կանանց հետ ուղիղ կապ հաստատելու և նրանց աջակցությամբ իրենց ծանոթ կանանց տվյալները հետազոտողին փոխանցելու միջոցով:

Մասնակից բժիշկներ համարվել են բարձրագույն բժշկական կրթություն և մանկաբարձ-գինեկոլոգի մասնագիտացում ունեցող այն անձինք, որոնք հետազոտության պահին աշխատում էին ՀՀ-ում առողջապահության նախարարության կողմից համապատասխան լիցենզիա ունեցող բժշկական կենտրոններում, պոլիկլինիկաներում, ծննդատներում, որոնք իրավունք ունեն տրամադրել մանկաբարձական բժշկական օգնություն՝ նախաձննդյան, ծննդաբերական և հետծննդյան փուլերում: Կապ հաստատելու մեթոդը եղել է նույնը՝ հետազոտողին միմյանց մասին տվյալների փոխանցումով ընտրանքի ձևավորումը:

Հետազոտության մասնակից դառնալու համար պարտադիր են եղել՝ տարիքը՝ 18 տարեկան և բարձր, Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացի լինելը և հայերենի իմացությունը:

Հետազոտողները հարցազրույցներն իրականացրել են անձամբ, դեմ առ դեմ, սակայն բացառիկ դեպքերում, պայմանավորված մասնակցի հարմարությամբ ու նախընտրությամբ, հարցազրույցն անցկացվել է նաև հեռախոսային կամ համակարգչային զանգի միջոցով: Բոլոր դեպքերում հարցազրույցներն անցկացվել են մասնակցի բանավոր համաձայնություն ստանալուց հետո:

### **Հեղափոխության գործիք**

Հարցազրույցներն իրականացվել են նախապես մշակված ուղեցույցի օգնությամբ (տե՛ս Հավելված Ա):

Մինչ հարցազրույցը, բանավոր համաձայնությունը ստանալուց անմիջապես հետո, մասնակիցները լրացրել են ժողովրդագրական տվյալների հարցաթերթ, որը չի պարունակում անձի նույնականացումը հնարավոր դարձնող որևէ տեղեկատվություն (տե՛ս Հավելված Բ):

Ուղեցույցում և հարցաթերթում տեխնիկական փոփոխություններ չեն իրականացվել՝ հարցազրույցների ընթացքում նման անհրաժեշտություն չի առաջացել:

Յուրաքանչյուր մասնակից մանրամասն տեղեկացվել է ուսումնասիրության, դրա նպատակի և հետազոտության հարցերի վերաբերյալ և բանավոր համաձայնություն է տվել մասնակցության վերաբերյալ: Համաձայնությունը վերաբերել է նաև մասնակցի անանուն մնալուն, նրա հայտնած տեղեկատվության գաղտնիությանը, մասնակիցը տեղեկացվել է նաև այն բոլոր ընթացակարգերի մասին, որոնք նա կարող է կիրառել հարցազրույցի ընթացքում (տե՛ս Հավելված Գ):

### **2.3. Արդյունքներ**

2024 թվականի նոյեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 5-ն ընկած ժամանակահատվածում դաշտային աշխատանքներ/հարցազրույցներ են իրականացվել Երևան, Գյումրի և Վանաձոր քաղաքներում:

Իրականացվել է 24 դեմառդեմ, 7 հեռախոսազանգի և 7 համակարգչային կապի միջոցով հարցազրույց:

Ընդհանուր առմամբ հետազոտությանը մասնակցել է 28 կին և 10 բժիշկ:

### **Հեղափոխությանը մասնակից կանանց պատասխանների արդյունքներ**

Կանայք, ինչպես նախանշված էր հետազոտության մեթոդաբանությամբ, բնակվել են Երևան, Գյումրի, Վանաձոր քաղաքներում, նրանց նախաձեռնողյան խնամքն ու ծննդաբերությունը անցել են ըստ բնակության վայրի:

Կանանց միջին տարիքը եղել է 34, ամենաերիտասարդը 26 տարեկան է, ամենատարեցը՝ 41 տարեկան:

Կանանց 65 տոկոսն ունեցել է միջին մասնագիտական կրթություն, բոլորը քաղաքաբնակ են, 92,8 տոկոսը ամուսնացած է, 71,4 տոկոսն ունի երկու երեխա, 10,7 տոկոսը՝ երեք երեխա, 17,9 տոկոսը՝ մեկ երեխա: Երեխաների միջև նվազագույն տարիքային տարբերությունը 2 տարի էր, առավելագույնը՝ 9 տարի:

«Ե՛րբ եք պլանավորում հաջորդ հղիությունն ու ծննդաբերությունը» հարցին կանանց մեծ մասը հրաժարվել է պատասխանել՝ նշելով, որ դժվարանում է նշել հստակ ցանկություն կամ ժամկետ:

Մասնակից կանանց մեծ մասը՝ 85,7 տոկոսը, ապրում էր ծնողներից առանձին, իրենց փոքր ընտանիքով:

Ծննդաբերության փորձառության մասին կանանց պատասխանների վերլուծությամբ վեր են հանվել հետևյալ հիմնական ընդհանուր շավիղները՝

### ***Երախտագիտություն բուժանձնակազմին***

Անհրաժեշտ է առանձնահատուկ նշել, որ կանանց մեծ մասը հետազոտության հիմնական հարցերից մեկին՝ ծննդաբերության իր փորձառությանն անդրադառնալիս իր խոսքն սկսել է բժշկին ուղղված երախտագիտությամբ՝ ներկայացնելով նրան որպես իր և իր երեխայի փրկչի: Սա հատկապես ընդգծել են կանայք, որոնք ծննդաբերել են մարզային հիվանդանոցում, և բժշկական օգնություն ու սպասարկում է տրամադրել հերթապահ բժիշկը, որին մինչ այդ չէին հանդիպել և որևէ նախնական պայմանավորվածություն չեն ունեցել ծննդալուծությունը կատարելու վերաբերյալ: Նրանք իրենց առանձնահատուկ բախտավոր էին համարում այս կամ այն բժշկին հանդիպելու կապակցությամբ: Հատուկ գնահատականի էին արժանանում նաև միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի ներկայացուցիչները, որոնք դիմել էին ծննդկանին փաղաքշական խոսքերով, օգնել հագուստը փոխել, սովորեցրել կրծքով ճիշտ կերակրել և այլն:

Երախտագիտություն չեն հայտնել այն կանայք, որոնց երեխան ունեցել է կամ մինչ հարցման օրը ունի առողջական խնդիրներ (մասնավորապես՝ աուտիզմ, խոսքի խանգարում, զարգացման դանդաղում,



վերջույթների տրավմա), որոնց պատճառը մայրն ինքը կամ մանկաբույժը կապում են ծննդաբերության հետ: Հենց այս կանայք հատուկ նշել են, որ այլևս չեն պլանավորում կամ գոնե առաջիկա մի քանի տարիներին չեն պլանավորի հղիություն՝ երեխայի վերականգնողական խնամքի, հատուկ ուսուցման պայմանների և դրանց հետ կապված՝ ընտանիքի ֆինանսական բեռով պայմանավորված:

### **Կառավարում, բժշկի գերզբաղվածություն**

Երևան քաղաքում ծննդաբերած կանայք, շատ քիչ բացառություններով, նախապես ծանոթ էին այն բժշկին, որի օգնությամբ իրականացվելու էր ծննդալուծում:

Մեծ մասը նշում էր, որ բժշկի գերզբաղվածության պատճառով մինչ ծննդաբերությունը հղիի հետ մանրամասն զրույց չի եղել, սակայն կային նաև կանայք, որոնք շատ հաճախ հանդիպել էին և մանրամասն քննարկել ծննդաբերության հնարավոր ընթացքը, հնարավոր միջամտությունները, դրանց ցուցումները: Վերջիններս կա՛մ ունեին բարձրագույն բժշկական կրթություն, կա՛մ ծննդատանն աշխատող մտերիմ, ապրում էին Երևանում, ունեցել էին աշխարհագրական հեշտ հասանելիություն ծննդատանը, նրանց չի իրականացվել որևէ միջամտություն, անգամ ամենահաճախ հանդիպող միջամտությունը՝ պտղապարկի պատռում, որն իրականացվել էր մնացած բոլոր կանանց դեպքում:

*«Բժշկի գերզբաղվածությունից ելնելով՝ իմ հարցերի պատասխանները միշտ ստացել եմ ուշացած, մակերեսային, առանց նորմալ, մանրամասն բացատրությունների: Որոշ դեպքերում անհանգստություններս ու հարցերս քմծիծաղ են առաջացրել բժշկի մոտ»:* (Մասնակից 1, 34 տ.)

### **Ոչ արժանապատիվ վերաբերմունք**

Ինչպես վերը նշվեց, կային կանայք, որոնք նշում էին բուժանձնակազմի խիստ հարգալից վերաբերմունքի, փաղաքշական խոսքերի մասին, սակայն, միաժամանակ, և՛ մարզային, և՛ երևանյան ծննդատներում ծննդաբերած կանանց մի մասը (17 մասնակից) պատմում էին

նախատինքի, իրենց գերզբաղվածությունը կամ գերհոգնածությունը ծննդկանի «վրա թափելու», հրամայական տոնի, բացարձակ իշխանություն բանեցնելու և ծննդկանին ստորացնելու մասին:

*«-Արագացրու՛, արագացրու՛,- գոռում էին վրաս անընդհապ, իսկ ես ցավից չէի կարողանում շարժվել, ուր մնաց թե բազկաթոռ բարձրանայի... Վերջը իրենք սկսեցին համ՛ շորերս քաշքշելով հանել, համ՛ հրել-բարձրացնել: Ո՛չ դեմքիս էին նայում, ո՛չ անունս էին տալիս»: (Մասնակից 2, 26 տ.)*

*«Վապ հիշողություններից մեկն էլ այն է, որ դիմավորող մայրապետը, որը քեզ բարձրացնում է ծնարան, նորից իմպերատրիվ տոնով քեզ ասում է՝ տոռախկո՛ հանի, նորմալ սափրվա՞ծ ես... Ու նման տիպի բաներ, որոնք այդ պահին ծննդաբերության գնացող կնոջը հաստատ միայն խանգարում են»: (Մասնակից 1, 34 տ.)*

*«Ես եկել էի մաքուր հագնված, ժպիտը դեմքիս, դեռ շապ գավեր չունեի, դրանք ավելի քան տանելի էին մինչ էն պահը, երբ ներքնաշորը քաշելով հանեցին և ոչ շապ սուր ածելով սափրեցին՝ առանց մի բառ արտասանելու, կարծես ես մարդ չէի»: (Մասնակից 3, 33 տ.)*

### **Մեկուսիության և գաղտնիության խախտում**

Բոլոր հարցազրույցներում կանայք, առանց բացասական երանգի, անդրադարձել են նախածննդյան խնամքի և ծննդաբերության ընթացքում արձանագրված մեկուսիության խախտման դեպքերին, որոնք հետագայում լուրջ հետևանքներ են ունեցել, օրինակ՝ այլևս անհնար է դարձել ամուսնու ընտանիքում ապրելը:

Նկարագրված դեպքերում մեկուսիությունը խախտվել է, քանի որ նախածննդյան խնամքի ընթացքում կոնսուլտացիաներին ներկա է եղել կնոջ սկեսուրը կամ այլ բարեկամ, բժիշկը միանգամից մի քանի հղի է ընդունել՝ բժշկի առանձնասենյակում մշտապես օտար անձ է եղել:

Նշված դրվագները որպես բացասական երևույթ ներկայացնում էին հատկապես այն կանայք, ովքեր ծննդաբերության փուլում բախ-

վել են լուրջ խնդրի, քանի որ նախաձեռնողյան փուլում չեն կարողացել մեկուսի պայմաններում բժշկին ամբողջությամբ ներկայացնել իրենց խնդիրը կամ թերի են ներկայացրել:

Ընդունարանում պտղաջրերի արտահոսքի, փսխման կամ այլ պատճառով հագուստ փոխելիս մեծ մասամբ չի պահպանվել ծննդկանի մեկուսիությունը:

Կանանցից մեկը նշեց ընդունարանում ներզննման իրականացումը՝ պայմանավորված հրատապությամբ.

*«Ես այնքան վաղ էի ու շփոթված, որ չէի հասկանում՝ ովքեր են և ինչ են ուզում, ու քանի հոգի կա այդտեղ: Միայն գիտեմ, որ վրաս խոսեցին, որ ուշ եմ եկել և հրատապ ներզննում արեցին ու փարան ծնարան: Միայն դուրս գրվելուց հետո եմ իմացել, որ փեզորս կինը, որին ուղարկել էր սկեսուրս՝ որպես օգնություն, ներսում է եղել, ու շատ վրդովվել եմ»:* (Մասնակից 4, 32 տ.)

*«Ինձ կիսամերկ փարել են ամբողջ միջանցքով՝ ծնարանից մինչև վիրահատարան: Երբ ես փորձեցի բողոքել, մայրապետները զգուշացրին, որ այդ օրը մի քանի կեսարյան հատում կա, բժիշկը շատ դյուրագրգիռ է և հոգնած, ու իրեն ավելորդ «բզիկներով» պետք չի բարկացնել»:* (Մասնակից 5, 29 տ.)

### **Ցավի նորմալացում**

Հարցազրույցին մասնակցած բոլոր կանայք, նույնիսկ նրանք, ովքեր հաճախել էին «Մայրության դպրոց»՝ այդպիսով պրոֆեսիոնալներից ստանալու համապատասխան գիտելիքներ և նախապատրաստվելու ծննդաբերությանը և՛ ֆիզիկապես, և՛ հոգեպես, այնուամենայնիվ, իրենց ընտանիքի անդամներից, հարևանուհիներից և ընկերուհիներից ստացել էին մի ընդհանուր ուղղորդում՝ «Ցավը կնոջ համար է», «Բոլորս անցնում ենք այդ ցավը», «Ո՛չ առաջինն ես, ո՛չ վերջինը» և այլն:

Առաջնածին կանանց մեծ մասն այս ուղղորդումն ընդունել էր բառացի և ճիշտ չէր կարողացել գնահատել նույնիսկ արդեն կյանքին սպառնացող իրավիճակը՝ փորձելով հետ չմնալ ցավադիմացկուն իր

«համայնքից»: Նշվեցին դեպքեր, երբ կինն իր զգացածը ճշգրիտ ձևով բուժանձնակազմին չի փոխանցել, ինչը հանգեցրել է իր և նորածնի վնասվածք ստանալուն:

Կանանց մի մասին՝ իր իսկ համաձայնությամբ, իսկ մի մասի դեպքում էլ՝ առանց ծննդկանի համաձայնության ուղեկցել են սկեսուրը, տալը կամ մայրը: Բոլոր դեպքերում ծննդկանները նշել են, որ նրանք միայն խանգարել են, ապակողմնորոշել կամ միացել բուժանձնակազմին և ամոթանք տվել ցավադիմացկուն չլինելու, ապերախտ լինելու կամ մայրությունը չգնահատելու համար, խրատել:

### **Ցավազրկման մերժում**

Հատկապես լուրջ հետևանքներ էին նշում կանայք՝ առանց անզգայացման շեքահատումը կարելու՝ ցավազրկման բացակայության հարցում:

*«Կարելու ողջ ընթացքում անմարդկային ոռնացել եմ, ինձ ոչ ոք չէր լսում, բոլորը արդեն հոգնել էին ինձանից»:* (Մասնակից 6, 32 տ.)

*«Ես այդ ցավն էի միայն հիշում նույնիսկ շատ ամիսներ անց ու երդվում էի երբեք չգնալ ծննդատուն, երկրորդ բալիկիս ծննդաբերել եմ 9 փարի ընդմիջումով»:* (Մասնակից 7, 36 տ.)

*«Ինձ ոչինչ չասեցին, երեխային փաթաթեցին, փարան այլ սենյակ ու սկսեցին կարել շեքի կտրվածքը: Ամեն բան առանց որևէ տեսակի անզգայացման»:* (Մասնակից 8, 33 տ.)

Ցավազրկման մերժումը, ցավի կառավարում չիրականացնելը, դրա մասին թյուր պատկերացումը, ցավի ընթացքում համապատասխան ֆիզիկական և հոգեկան աջակցություն չստանալը, ըստ հետազոտության մասնակիցների զգացմունքային արձագանքի, ամենամեծ ազդեցությունն են թողել առողջապահական համակարգի նկատմամբ իրենց անվստահության և հետագա որոշումների վրա, ներառյալ՝ հետագա ծննդաբերությունը հետաձգելու որոշումը:

## **Անտեսում և տեղեկացված համաձայնության բացակայություն**

Նույնիսկ այն կանայք, որոնք նախապես հանդիպել և ծննդաբերության մասին զրուցել էին բժշկի հետ, ներկայացրել իրենց պատկերացումը, ցանկությունը, պահանջները և իրականացվելիք բոլոր միջամտությունները համաձայնեցրել նրա հետ, ծննդաբերության ժամանակ բախվել էին այլ իրականության, օրինակ՝ կեսարյան հատումը համաձայնեցվել էր հարազատների հետ և ոչ ծննդկանի:

*«Երբ սկսեցին ոտքերիս ինչ-որ բան փաթաթել, հարցրեցի՝ ինչի՞ համար է, ասեցին՝ շափ հարցեր մի՞ տուր, երեխան վրանգի տակ է, հարազատներդ համաձայնություն են տվել կեսարյան հատման»:* (Մասնակից 9, 28 տ.)

*«Իմ բժշկի հետ ես ամեն ինչ պայմանավորվել էի, բայց պարզվեց, որ ինքը շափ զբաղված է և վարում է մի քանի ծննդաբերություն, իսկ մյուս բուժանձնակազմը «կամակոր» [խոսքը ծննդկանի և բժշկի միջև նախօրոք համաձայնեցված գործողությունների մասին է.– հեղ.] ծննդկանի պահանջները չի պատրաստվում լսել»:* (Մասնակից 10, 29 տ.)

*«Յավերի ամբողջ շրջանում բժիշկը չկար, քնած էր, մոտեցավ միայն վերջին շրջանում, բարկացավ [բարկացավ բուժքույրերի վրա, որ իրեն ուշ են արթնացրել.– հեղ.], որ ուշ են արթնացրել»:* (Մասնակից 11, 36 տ.)

*«Ընդհանրապես, ինձ վերաբերվում էին որպես անադեկվապ մեկի, որևէ բան չէին ասում, որ պատրաստվում են անել, կամ ինչը ինչի համար են անում: Պարզապես տեղեկացնում էին, որ հիմա գնալու ես այս սենյակ, այն սենյակ»:* (Մասնակից 3, 33 տ.)

*«Բոլոր բժշկական միջամտությունները, որոնք իրականացվել են ինձ հետ՝ ծննդաբերության խթանում, կրիստելլեր, էպիզոտոմիա, պրոլաթադանթի պատռում, որևէ կերպ չեն քննարկվել ինձ հետ: Միայն էպիդուրալ անզգայացման մասին են տեղեկացրել, քանի որ վճարովի ծառայություն է: Նույնիսկ երկրորդ ծննդաբերության ժամանակ, երբ խնդրել եմ ավելորդ բժշկական միջամտություններ*

չանել, դրանք կրկին արվել են առանց զգուշացնելու կամ հարցնելու»: (Մասնակից 1, 34 տ.)

«Երբ ասեցին, որ լավ չեմ կարողանում ուժ փայլ, սկսեցին սեղմել և ասել, որ երեխան կխեղդվի: Սկսեցի լաց լինել, հեկո լսեցի, որ հարազատներս համաձայնել են կեսարյան հատման, և շատ ուրախացա, որ այս ցավից վերջապես կազատվեմ: Այն պահից, որ «ջրերս բաց էին թողել», ցավերն անփասնելի էին դառել»: (Մասնակից 2, 26 տ.)

Պտղապարկի հատման մասին նշել հարցվածների բացարձակ մեծամասնությունը (26 մասնակից), բացառությամբ վերևում նշված այն դեպքերի, երբ կինն ուներ բարձրագույն բժշկական կրթություն, և երբ կինը բժշկի մտերիմ ազգականն էր:

«Ջրերս բաց թողեցին, ցավերիս տեսակը [բնույթը.- հեղ.] փոխվեց», «ջրերս բաց թողեցին, սպիտակ գուլպաներս վարդագույն դարձան, և ես հասկացա, որ մի բան այն չէ», «ջրերս բաց թողեցին, բայց բացվածք չունեի» և նման այլ արտահայտություններ արել են բոլոր մասնակիցները:

Ո՛չ պտղապարկի պատռման, ո՛չ ծննդաբերության խթանման, ո՛չ շեքահատման մասին ծննդաբերության պահին իրազեկում և տեղեկացված համաձայնություն մասնակից կանանցից չեն ստացել:

Խթանման մասին կանայք առանց ուղղորդման չէին էլ մտաբերում՝ ընկալելով միացված օբսիտոցինը որպես նորմա և «պարտադիր»:

### **Աջակցություն կրծքով կերակրմանը**

Կրծքով կերակրման հարցին հարցազրույցների ընթացքում առանձնահատուկ անդրադարձ չի եղել, սակայն քանի որ հարցազրույցի մասնակից բոլոր կանայք անդրադարձել են այս հարցին և կարևորել, այն տեղ է գտել արդյունքներում:

«Երեխային կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» օրենքով Հայաստանը ստանձնել է պարտավորություն՝ կրծքով կերակրումը խրախուսելու, կրծքով կերակրող կանանց և երեխաների իրավունքները պաշտպանելու համար: Նույն օրենքով նաև սահմանված են կնոջ իրավունքները: Ծննդօգնություն

իրականացնող կազմակերպությունները պարտավոր են ապահովել համապատասխան միջավայր կրծքով կերակրման համար, խրախուսել ու աջակցել կրծքով կերակրումը: Սակայն, ինչպես նշվել է վերևում, չնայած առաջադեմ օրենսդրության առկայությանը, տարբեր բժշկական կազմակերպություններում կանանց այս իրավունքը տարբեր կերպ խախտվում է:

Կրծքով կերակրման աջակցության հարցում մեծ տարբերություն կար մասնակիցների ներկայացրած պատմությունների միջև՝ պայմանավորված ոչ միայն բնակության վայրով, այլև նույն բնակավայրի տարբեր ծննդատների ընտրությամբ: Որոշ կանայք լրջագույն աջակցություն էին ստացել կրծքով կերակրման հարցում, ինչպես նշել է հետազոտության մասնակիցներից մեկը. «*Ես ինքս ոչինչ չէի կարողանում անել, բուժքույրն էր գալիս, շատ երկար նստում էր կողքս, համբերությամբ օգնում էր*»: (Մասնակից 12, 28 տ.)

Կանանց մյուս մասը նշում է, որ լսել է նախատինքի խոսքեր, մեղադրանք (6 մասնակից): Այս նախատինքը, որը մեծ մասամբ շարունակվել է նաև հարազատների կողմից, շատ կանայք նշել են որպես հաջորդ հղիությունը չպլանավորելու կամ ուշ պլանավորելու պատճառ:

### ***ՄԲ հեղևանքները կնոջ և նորածնի համար***

Որակական հետազոտության մեթոդաբանությամբ պայմանավորված՝ հետազոտության արդյունքում ՄԲ հետևանքների օբյեկտիվ քանակական գնահատական տալ հնարավոր չեղավ, ինչպես նաև կանանց հետ չքննարկվեցին ֆիզիկական և հոգեկան խնդիրների վերաբերյալ օբյեկտիվ տվյալներ՝ ախտորոշումներ և դրանց ապացուցված կապը մանկաբարձական բժշկական միջամտության հետ: Սակայն հարցազրույցին մասնակից 28 կանանցից 5-ը հետագայում դիմել է հոգեբանի աջակցության, որոնցից 1-ը հոգեբանի խորհրդով դիմել է նաև բժիշկ-սեքսապաթոլոգի: Կանանցից մեկը ինչպես մինչև ծննդաբերությունը, այնպես էլ դրանից հետո դիմել է սեքսապաթոլոգի: Կանանց մի մասն իր խոսքում, առանց այդ խնդիրը շեշտելու, նշել է ամուսնու հետ սեռական կյանքում դժվարությունների մասին: Մի դեպքում այդ դժվարությունները հաղթահարելու ժամկետը տևել է մինչև 6 ամիս. կնոջ խոսքը ներառում էր վախ սեռական հարաբե-

րությունների հանդեպ. «Ես շատ շնորհակալ եմ իմ ամուսնուն այդքան համբերատար գտնվելու և իմ վախը հասկանալու համար»:

Ծննդաբերությանը հաջորդող ամիսներին ամուսնու ընտանիքի հետ կապի խզման մասին խոսել է մեկ կին, մեկն ամուսնալուծվել է, կանանցից 8-ը խոսել են հետագա հղիությունը հետաձգելու կամ իսպառ բացառելու մասին: Կանանցից 3-ը նշել են նորածնի առողջական խնդիր, օրինակ՝ նորածնի թթվածնային քաղց, որը, նրանց կարծիքով, մանկաբարձական ոչ որակյալ խնամքի հետևանքով է եղել: Այս կանայք հետագայում դիմել են հոգեբանական աջակցության, ինչպես նաև առանձնացրել են երեխայի խնամքի հետ կապված՝ ընտանիքում առաջացած բարոյահոգեբանական և ֆինանսական դժվարությունները:

### **Նախաձննդյան խնամք**

Կանայք առանձնահատուկ կարևորել են նախաձննդյան շրջանը՝ հղիության ընթացքն ու ծննդալուծումը մեծ մասամբ պայմանավորելով նախաձննդյան խնամքի որակով:

*«Ես մասնակցել էի «Մայրության դպրոցներին», իմ բժշկուհին էլ շատ հոգատար և ուշադիր էր, ինչպես ինքն ասել էր, այնպես էլ եղավ: Լսեցի բժշկին, և ամեն ինչ հարթ անցավ»:* (Մասնակից 13, 31 տ.)

*«Այն, որ այսօր իմ երեխան խնդիր ունի, կոնսուլտացիայի բժշկուհու անուշադրության հետևանքն է: Ես հղիության ողջ ընթացքում նշում էի, որ գանգապներ ունեմ, ի պատասխան միայն լսում էի, որ իմ հղիությունը վերածել եմ թափրոնի: Այս արտահայտությունը հետո կրկնում էին նաև ընտանիքիս անդամները, որոնք միշտ ներկա էին լինում կոնսուլտացիային»:* (Մասնակից 14, 33 տ.)

*«Աշխատավայրից թույլ չէին տալիս երկար բացակայել, գնալ «Մայրության դպրոց», ու ինձ հետ ծննդաբերող այլ կանայք շատ ավելի պատրաստ էին ելել, քան ես»:* (Մասնակից 15, 29 տ.)



*«Հղիության ընթացքում տպավորությունները [բժշկից] միանշանակ չէին, ընթացիկ խորհրդատվություններն անցնում էին քառասյին կերպով, տևում էին շատ կարճ: Այդ պատճառով երկրորդ հղիությունը անցել եմ պոլիկլինիկայում, որտեղ ավելի ուշադիր ու հոգատար են եղել: Հայտնի գինեկոլոգների մոտ մշտապես հերթեր են, և նման վերաբերմունք ակնկալել հնարավոր չէ»: (Մասնակից 1, 34 տ.)*

Նախաձննդային խնամքի հարցին, իրազեկ ծննդկան ունենալու կարևորությանը անդրադարձել են նաև բժիշկները:

### **Ամուսնու ներկայություն**

Ամուսնու ներկայությանը բացասաբար են անդրադարձել բոլոր կանայք: Նույն արձագանքն է եղել նաև բժիշկների կողմից: Եվ չնայած կանայք ամուսնու ներկայությունը մերժելու համար բերում են խիստ անձնական պատճառներ, սակայն հարցազրույցներից պարզ էր, որ աջակցող անձի մասնակցության նպատակով պայմանները բավարար չեն ծննդատանը:

*«Ես չէի ուզենա՝ ամուսինիս ինձ տեսնի այդ վիճակում»* արտահայտությունը արել է հարցվածների մեծ մասը՝ 26 մասնակից: Միաժամանակ, եղել են կանայք, որոնք մանրամասնել են՝ ինչու:

*«Այլևս հակացուցված է հոգնա անել և դատարկել աղիները, ճիգերի ժամանակ ես հասկացա, որ տակս եմ անում»:* (Մասնակից 15, 28 տ.)

*«Ես այնպիսի անմարդկային ծայներ էի հանում»:* (Մասնակից 16, 29 տ.)

*«Շուրջբոլորս ուսանողներ էին, ես կենսունակ մնացած մտքիս մի ծայրով հասկանում էի, որ նրանք էլ պիտի սովորեն վերջապես, բայց ամուսինս դա չէր փանի և չէր հասկանա»:* (Մասնակից 2, 26 տ.)

## **Երրորդ անձի կամ դուլայի ներկայություն**

ՀՀ առողջապահության նախարարի՝ 2020 թվականի ապրիլի 21-ի հրամանով ծննդաբերողին հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու նպատակով, աջակցող անձի (ամուսին, հարազատ) ներկայությունը պետք է ապահովել ծննդաբերության ընթացքում՝ սանիտարահիգիենիկ համապատասխան պայմանների առկայության դեպքում:

Ո՛չ ամուսնու, սակայն մտերիմ մեկի ներկայությանը համաձայն էր կանանց մի մասը, թեև հստակեցնում էր, որ այդ մեկին ինքը պետք է ընտրի, ոչ թե սկեսուրը կամ ամուսինը:

Դուլան նույն հրամանով սահմանված «աջակցող անձ» եզրույթին համապատասխանում է: Նրա դերը բժշկական չէ: Նա հոգեհուզական աջակցություն է տրամադրում կնոջը և նրա ընտանիքին: Ծննդաբերության փուլում հատկապես կարևորվում է նրա ներկայությունը, քանի որ ծննդաբերող կինն իր կողքին ունենում է մեկին, որն ամբողջովին կենտրոնացած է միայն իր խնամքի վրա և ոչ մի քայլ առանց կնոջ հետ համաձայնության չի անում: Բացի վերը հիշատակված հրամանից՝ դուլաների գործունեությանը վերաբերող օրենսդրական այլ կարգավորումներ չկան, հետևաբար ծննդաբերությանը նրանց ներկա լինելու և ծննդկանին աջակցելու օրենսդրական արգելք կամ սահմանափակում չկա:

Դուլայի մասին խոսել են միայն երևանաբնակ կանայք (2 մասնակից), նրանցից մի քանիսը երկրորդ ծննդաբերության համար օգտվել են դուլայի ծառայությունից՝ մասնավորապես նշելով.

*«Դա միակ մարդն էր, որ իմ կողքին մնաց մի քանի ժամ, շոյեց գլուխս, մաքրեց քրտինքս, ջուր փվեց»:* (Մասնակից 17, 34 տ.)

*«Ծննդափուլը շատ մեծ դժվարությամբ ներս թողեց դուլա, սակայն ես չեմ փոշմանում ո՛չ դուլային փված գումարի, ո՛չ նրա մուտքի համար պայքարելու համար: Ինձ մենակ չէի զգում և հոգեբանորեն շատ ավելի կոմֆորտ վիճակում էի, քան առաջին ծննդաբերությանը»:* (Մասնակից 18, 36 տ.)

Կարծում ենք՝ կարիք կլինի առանձին հետազոտություն կամ ուսումնասիրություն կատարել՝ հասկանալու համար՝ ծննդավորները, առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի կիրարկումն ապահովելու նպատակով, ունե՞ն արդյոք համապատասխան պայմաններ աջակցող անձի ներկայության համար, այդպես չե՞ն խախտվում արդյոք մյուս ծննդկանների/բուժառուների իրավունքները, հնարավոր լինու՞մ է պահպանել բժշկական գաղտնիքն ու մեկուսիությունը:

### **Բժիշկ մասնակիցների պատասխանների արդյունքներ**

Հարցազրույցին մասնակցության համաձայնություն տվել է 12 **բուժաշխատող/բժիշկ**, որից 10-ը՝ Երևանում, Երկուսը՝ Երևանից դուրս գործող բժշկական կազմակերպություններում: Սակայն վերջիններս ընդհատել են հարցազրույցը խիստ զբաղվածության պատճառաբանմամբ, Երևանում աշխատող 4 բուժաշխատողներ ընդհատել են հարցազրույցը՝ չհամաձայնելով կիրառվող եզրույթի հետ, համարելով այն հորինած, շեշտելով, որ բժշկական միջամտություն իրականացնել-չիրականացնելը բացառապես բժշկի որոշումն է՝ հիմնված տարիներով ապացուցված ցուցումների և հակացուցումների վրա, և որ այդ որոշումը կայացվում է կնոջ և նորածնի լավագույն շահից ելնելով:

Լիարժեք հարցազրույցի մասնակից դարձած բուժաշխատողները 6-ն են, բոլորը՝ կանայք: Մասնակիցների միջին տարիքը 42 է, նվազագույնը՝ 29 և առավելագույնը՝ 50: Միջին աշխատանքային ստաժը կազմել է 17,7 տարի, նվազագույնը՝ 6 և առավելագույնը՝ 27 տարվա աշխատանքային փորձով:

**«Մանկաբարձական բռնություն» եզրույթին** մասնակիցները ծանոթ էին, հիմնականում բացատրել են այն որպես ոչ հարգալից, կոպիտ վերաբերմունք ծննդկանի հանդեպ: Նշել են, որ ներկայիս իրավիճակը բարելավված է՝ համեմատած, օրինակ, երկու տասնամյակ առաջվա իրավիճակի և այլ հետխորհրդային երկրների, որտեղ վերաբերմունքը ծննդկանին իսկապես կարող է լինել խիստ անհարգալից և ոչ արժանապատիվ:

Ոչ արժանապատիվ վերաբերմունքը մասնակիցները համարել են ոչ համակարգային երևույթ, այլ բժշկի անձնական հատկություն՝

շեշտելով, որ այսօր ամբողջ աշխարհը, այդ թվում՝ Հայաստանը, շարժվում է դեպի մարդակենտրոն, հիվանդակենտրոն առողջապահություն, և ծննդատները ևս շատ մեծ փոփոխության են ենթարկվել:

*«Երբ ուսանող էի, հիշում եմ՝ ինչպես իմ ներկայությամբ մանկաբարձուհին ծնարանում շատ կոպիտ խոսեց ծննդկանի հետ: Շատ էի ազդվել, և այդ դեպքն է կանխորոշել իմ մասնագիտացումը, ես ընտրել եմ մանկաբարձ-գինեկոլոգի մասնագիտացում՝ նման երևույթ իմ պրակտիկայում թույլ չտալու համար»:* (Բժիշկ 1, 34 տ.)

*«Ես եղել եմ ԱՊՀ մի քանի երկրում՝ և՛ սովորելու, և՛ աշխատելու կապակցությամբ, անհամեմատելի հարգալից է մեր բուժանձնակազմը»:* (Բժիշկ 2, 47 տ.)

Մասնակից բժիշկների մեծ մասը **իմպերատիվ, հրամայական տոնը** համարել են ոչ թե անհարգալից վերաբերմունք, այլ որակել են «կարգու կանոն»:

*«Որպես մանկաբարձ-գինեկոլոգ, որն իր կյանքում հանդիպել է տարբեր իրավիճակների և տարբեր կրթական, սոցիալական մակարդակ կամ հոգեէմոցիոնալ խառնվածք ունեցող կանանց, կարող եմ ասել, որ բժիշկը երբեմն պետք է դիմի հարկադրական տոնի և հարկադրանքի, և քիչ չեն դեպքերը, երբ այդ հարկադրանքը փրկում է կնոջ և նորածնի կյանքը, նույնիսկ եթե հետագայում դա ընկալվի որպես մանկաբարձական բռնություն»:* (Բժիշկ 3, 49 տ.)

Միաժամանակ, բժիշկների մեծ մասն իրենք իսկ ընդունում են, որ ծննդաբերության բացասական փորձառությունը կարող է չափազանց վատ անդրադառնալ կնոջ ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության վրա և շատ դեպքերում անդառնալի հետք թողնել վերարտադրողական կյանքի, ամուսնական հարաբերությունների վրա:

## **Տեղեկացված համաձայնություն**

Ծննդկանի հետ բժշկական միջամտությունների համաձայնեցմանը վերաբերող հարցը բոլոր մասնակիցների մեջ առաջացրել է զարմանք, որը պայմանավորել են նրանով, թե արդյոք ծննդկանն ի վիճակի՞ է լինելու, ընդհանրապես, այդ միջամտության մասին գաղափար ունենալու: Նաև որակել են այդ միջամտությունները անխուսափելի, եթե ցուցված են և իրականացվում են ի շահ ծննդկանի և երեխայի:

*«Գիտե՞ք՝ մանկաբարձական իրավիճակը շատ արագ է փոփոխվում և բժշկին ժամանակ չի տալիս իր որոշումները քննարկել ծննդկանի կամ նրա հարազատների հետ, որոշումները կայացվում են արագ՝ հենց այդ ընթացքով պայմանավորված և միշտ հոգուր ծննդկանի»:* (Բժիշկ 3, 49 տ.)

*«Շատ դժվար կլինի կլինիկական դեպքը փարանջատել մանկաբարձական բռնությունից, երբ չկան հստակ պրոպոկոլներ (գործելակարգեր), իսկ մեր ոլորտում դրանք չկան, և կա օրենսդրության բաց, այդ թվում սահմանված չէ մանկաբարձական բռնությունը, ինչը թույլ կտար կլինիկական դեպքը փարանջատել բռնությունից»:* (Բժիշկ 4, 48 տ.)

Տեղեկացված համաձայնություն ստանալու համատեքստում բժիշկներն անդրադառնում էին **նախածննդյան խնամքի** վերաբերյալ կնոջ իրազեկված լինելու կարևորությանը, մասնավորապես նշվում էր, որ պրոցեսին տեղյակ, իրազեկ հղիների ծննդալուծումը, սովորաբար, առանց բարդությունների է անցնում:

*«Ձեր նշած բոլոր միջամտությունները [ծննդաբերության խթանում, կրիստալներ, էպիդոտոմիա՝ շեքահատում, պրոլաթաղանթի պատռում.– հեղ.] վիրահատական միջամտություններ են և ունեն հստակ ցուցումներ, ես իմ վարման ներքո հղիներին մանրամասն ներկայացնում եմ դրանք և ծննդաբերության ընթացքում իմ հղիների հետ կարողանում եմ քննարկել այդ միջամտությունների իրականացումը»:* (Բժիշկ 5, 50 տ.)

«Գիտեմ, որ, օրինակ՝ Ֆրանսիայում Կրիստելլերի հնարքն արգելված է, բայց նաև գիտեմ, որ մեր երկրում դեռ կիրառում են: Մնացած միջամտությունների մասով կարող եմ ասել, որ քննարկում եմ ծննդկանի հետ, եթե վերջինս շատ լավ տեղեկացված է և կարող է մասնակցել այդ որոշման կայացմանը: Ափսոսանքով պետք է ասեմ, որ ռուսազգի ծննդկաները շատ ավելի տեղեկացված են գալիս բնական ծննդաբերության»: (Բժիշկ 2, 47 տ.)

Բժիշկներն անդրադարձել են նաև **կեսարյան հատումներին՝** ի հակադրություն միջամտությունները ծննդկանի հետ քննարկելու:

«Կեսարյան հատումների ներկայիս բարձր տոկոսը մասամբ պայմանավորված է հենց Ձեր նշածով. հղին ինքն է նախընտրում ծննդալուծման այս ձևը: Եթե բժիշկը չհամաձայնի, ու մի բան այնպես չլինի, բժիշկն է մեղավոր, եթե համաձայնի ու մի բան լինի՝ կրկին բժիշկն է մեղավոր»: (Բժիշկ 3, 49 տ.)

Բոլոր հարցազրույցներում **բժշկի պաշտպանվածության հարցը** հատուկ շեշտադրվել է, և բժիշկը ներկայացվել է որպես միակ պատասխանատու՝ ծննդկանի, նրա հարազատների, առողջապահական և իրավական համակարգերի առաջ: Նշում են, որ այս պատասխանատու իրավիճակում բժիշկներն անօգնական են զգում իրենց: Անպաշտպան են նաև իրենց աշխատանքը կարգավորող օրենսդրության բացակայության պատճառով, իրար հաջորդող հերթապահությունների, բժշկից «հիվանդ» տանելու և այլ երևույթների առաջ:

**Ամուսնու կամ այլ հարազատի մասնակցության կապակցությամբ** բժիշկների և կանանց կարծիքները համընկել են. նրանց ներկայությունը դիտվել է որպես խանգարող, շեղող, ծննդկանի ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի համար անբարենպաստ՝ հաշվի առնելով ինչպես ամուսինների հոգեկան պատրաստվածությունն ու կրթական մակարդակը, այնպես էլ ծննդատան/ծնարանի անհարմար պայմանները (հիմնականում մի կնոջ ամուսնու ներկայությունը կարող է խախտել մեկ այլ կնոջ մեկուսիության իրավունքը):

Հատկապես բացասական էր արձագանքը հարազատների նկատմամբ. նշվում էր, որ շատ դեպքերում նրանք պարտադրում են բժշկին իրենց որոշումները, խախտում են ծննդկանի **մեկուսիությունն ու գաղտնիությունը**, պահանջում տեղեկատվություն, որը բժշկական գաղտնիք է, և մերժմանն ի պատասխան ուղղակի փոխում են բժշկին՝ որակելով նրան ոչ կոմպետենտ: Նրանց խոսքով՝ այս դեպքերում ևս բժիշկը մենակ է և որևէ կողմից չունի պաշտպանվածություն:

Դուլայի մասնակցությանը բժիշկները դրական են արձագանքել.

*«Այո, ինչու՞ ոչ: Լինում են օրեր կամ պահեր, երբ բժշկական անձնակազմը գերծանրաբեռնված է և չի կարող անընդհատ ծննդկանի կողքին լինել»:* (Բժիշկ 3, 49 տ.)

## 2.4. Քննարկում

Այս որակական հետազոտությունը ևս մեկ անգամ ցույց է տալիս գրականության վերլուծությամբ և աշխարհի այլ երկրների փորձի ուսումնասիրությամբ հայտնաբերված այն ճշմարտությունը, որ բուն ծննդաբերության ընթացքում կինն առավել խոցելի է և հայտնվում է բժշկի բացարձակ իշխանության տիրույթում:

Վերլուծությամբ վերհանված հիմնական շավիղները համընկնում են աշխարհի շատ երկրներում հետազոտված և նկարագրված հետևյալ դրսևորումների հետ.

- անտեսվածություն՝ իրենց համար խիստ կարևոր, խորը հոգեբանական պահին լսված չլինելու դրվագներով.
- տեղեկացված համաձայնության բացակայություն, մասնակցության բացառում վիրահատական միջամտությունների, նույնիսկ կեսարյան հատման վերաբերյալ որոշման կայացմանը.
- ծննդալուծմանը ներկա ընտանիքի անդամների վերաբերյալ ծննդկանի համաձայնության բացակայության.
- աջակցության բացակայություն կամ ոչ բավարար աջակցություն նախաձննդյան և հետձննդյան փուլերում, ծննդաբերության ընթացքում.

- ցավի նորմալացում և ցավազրկման մերժում.
- մեկուսիության և գաղտնիության խախտում:

Նման վերաբերմունքը ոչ միայն ոտնահարում է կնոջ արժանապատվությունը, այլև այնպիսի պատասխանատու պահի, ինչպիսին ծննդաբերությունն է, կարող է սպառնալ նրա կյանքին, ֆիզիկական և հոգեկան առողջությանը: Ինչպես արդեն նշել ենք վերը, կինն առողջապահական համակարգից օգտվելու է իր ամբողջ գիտակից կյանքի ընթացքում, ավելին՝ նրա երեխաները ծնված օրից լինելու են առողջապահական ծառայությունների սպառողներ՝ սկսած սնուցման խորհրդատվությունից մինչև կանխարգելիչ պատվաստումներ, և այս համատեքստում կնոջ վստահությունն առողջապահական համակարգի հանդեպ պայմանավորում է նրա և նրա երեխաների առողջությունը ամբողջ կյանքի ընթացքում:

Այս հետազոտության արդյունքները և՛ կանանց, և՛ բժիշկների հարցազրույցների դեպքում ապացուցեցին, որ այս պահին Հայաստանում ՄԲ-ի առկայության հարցում առանցքային նշանակություն ունեն համակարգային խնդիրները, որոնց որոշ դեպքերում ավելանում են կնոջ և բուժաշխատողների միջանձնային հարաբերություններն ու հաղորդակցման գործոնը՝ բժշկի հետ խոսելու և ճիշտ հաղորդակցվելու ժամանակային խոչընդոտները, այլ մարդկանց ներկայությունը: Որոշակի, ավելի մեծ դերակատարություն ունեն հասարակության նախապաշարումները, մասնավորապես, «ցավն ուղեկցում է կնոջը» կամ «հղիությունը թատրոն մի սարքի» արտահայտությունները սահմանափակում են կնոջ՝ իր զգացածը բուժաշխատողին փոխանցելու իրավունքը: Իրենց կողքին իրենց համաձայնությամբ աջակցող ունենալը թեպետ դրական են համարել կանայք, սակայն դուլաների մասին քննարկումից պարզ դարձավ, որ աջակցողն ինքը պետք է լինի պատրաստված և չդառնա հավելյալ «խանգարող» և՛ ծննդկանի, և՛ բժշկի համար: Այստեղ կուզենայինք ավելացնել նաև, որ կողքին աջակցող ունենալը պետք է համապատասխանի նաև ծննդատան պայմաններին, չխախտի մյուս ծննդկանների իրավունքները՝ գաղտնիությունն ու մեկուսիությունը:

Շատ կարևոր է, որ ՄԲ եզրույթը բուժաշխատողները չընկալեն որպես իրենց ուղղված՝ բուժառուին միտումնավոր վնասելու մասին



մեղադրանք, այլ ընկալեն որպես համակարգային խնդիր, ինչի հետևանքով պակաս վտանգավոր գոտում չեն գտնվում հենց իրենք՝ բժիշկները, միայնակ կրելով իրավիճակի պատասխանատվությունը և մշտապես լինելով քննադատությունների ու ագրեսիայի թիրախում՝ չունենալով պաշտպանության գործիքներ:

Սույն հետազոտության շրջանակներում և՛ կանանց, և՛ բուժաշխատողների կողմից բարձրաձայնվել են այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են մասնագիտական մշակույթը՝ բժշկին ոչ մի պարագայում չհակաճառելու, եթե նույնիսկ անտանելի երևույթներ են տեղի ունենում՝ այդ ամենը տանելու, մեկուսիության և գաղտնիության խախտումը հանդուրժելու, հիերարխիկ հարաբերությունները բուժանձնակազմի միջև՝ բժշկական անձնակազմի ներքին հարաբերությունները, հասարակությունում և ընտանիքներում մշակութային բարքերը, կնոջ վերարտադրողական ֆունկցիայի վերաբերյալ կարծրատիպերը և նախապաշարմունքները և համակարգի կողմից դրանց նկատմամբ արձագանքի իսպառ բացակայությունը, որոնք ի վերջո բերում են իրավունքի խախտման և խտրականության:

Համաձայն հետազոտության տվյալների՝ պակաս կարևոր չեն եղել առողջապահական մարդկային ռեսուրսի կառավարման, այդ թվում՝ բժիշկների ծանրաբեռնվածության հարցերը: Մինչ բոլոր առողջապահական ցուցանիշները հստակ երևակում են, որ Երևան քաղաքի և մարզերի միջև կա բարձր որակավորման բժիշկների բաշխման խիստ շեղում, միաժամանակ միջին բժշկական անձնակազմի խիստ պակաս կա ամենուրեք, ինչը ևս կարող է պատճառ լինել հարցվողների կողմից նշված անուշադրության, անտեսման, «կոնվեյերի» նմանության և այլն:

Ինչու են հետազոտության արդյունքում վերհանված խնդիրները դիտարկվում համակարգային: Քանի որ մասնակիցներից որևէ մեկը չներկայացրեց կոնկրետ իր անձին ուղղված խտրականություն՝ իր տարիքով, սոցիալական կարգավիճակով, քաշով և այլ առանձնահատկությամբ պայմանավորված, հենց իրեն ուղղված հատուկ բացասական վերաբերմունք: Նույնիսկ շատ բացասական անձնական փորձառությունը կանայք փորձել են ներկայացնել որպես համատեղ «տառապանք», որով անցնում են բացառապես բոլորը: Եվ չեղավ մասնակից, որն իր դեպքը առանձնացրեց որպես յուրահատուկ: Սակայն

այս պնդումը, ինչպես նաև համակարգային շատ հարցեր գուցե կարիք ունեն հետագա հետազոտման:

Մանկաբարձական բռնության հատկանիշներ ունեցող գործողություններին նպաստող գործոնները հայտնաբերելու և այդ տվյալները տարբեր մարզերի կամ նմանատիպ տարբեր երկրների հետ համեմատելու նպատակով ցանկալի է խաչաձև քանակական լայնածավալ հետազոտման իրականացում:

## **2.5. Հետազոտության սահմանափակում**

Հետազոտության հիմնական սահմանափակումը բժշկական ծանայություն մատուցողների՝ բժիշկների, նման հետազոտություններին և քննարկումներին մասնակցության մերժումն է, երբ դա ընկալվում է որպես համակարգի ամենաթույլ ու խոցելի օղակի հանդեպ մեղադրանք՝ «բռնություն» եզրույթով: Միաժամանակ, հաշվի առնելով բժշկի՝ որպես միակ որոշում ընդունողի դերը գործընթացում, նպատակահարմար չեղավ մանկաբարձների/միջին բժշկական անձնակազմի ներգրավումը հետազոտությանը:

## **2.6. Ամփոփում և առաջարկություններ**

Ինչպես արդեն նշվել է վերը, Հայաստանի Հանրապետությունում մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող հարցերը մշտապես եղել են պետական լիազոր մարմնի առաջնահերթությունը, օրենսդրությունը առաջադեմ է, պարբերաբար վերանայվում և համապատասխանեցվում է միջազգային ստանդարտներին: Այն մանրամասն վերլուծված է «Ծննդօգնությունը Հայաստանում. իրավակարգավորումներ և իրավունքներ» զեկույցում:

Սակայն օրենսդրության կիրարկման բացերը, թերի վերահսկողությունը գուցե, ինչպես նաև բժշկական օգնության և սպասարկման այս ոլորտում որակի գնահատման մեխանիզմների բացակայությունը ստեղծում են լուրջ համակարգային խնդիրներ, որոնք արդեն նկարագրել ենք «Գրականության վերլուծություն» մասում: Այդպիսիք են, մասնավորապես.

- Համակարգի հանդեպ վստահության կորուստ, այն դեպքում, երբ կինը դեռևս համակարգից շատ ինտենսիվ օգտվելու է և՛ իր առողջության պահպանման, և՛ իր երեխաների առողջ մանկության ապահովման նպատակով, և հետագայում ոչ բավարար է ուտիլիզացնելու կանխարգելիչ ծառայությունները, ներառյալ սքրինինգներն ու պատվաստումները, եթե չի վստահում համակարգին.
- ծնելիության անկում.
- ոչ բժշկական, աջակցող վճարովի ծառայությունների անհրաժեշտություն՝ կնոջ և նրա ընտանիքի համար ֆինանսական բեռ.
- ֆիզիկական և հոգեկան խեղված առողջություն.
- ընտանիքում հարաբերությունների վատթարացում, ներառյալ սեռական կյանքին առնչվող խնդիրների պատճառով, ամուսնալուծություններ:

Հետազոտության արդյունքներն ամփոփելիս մշակել ենք կառավարությանն ու առողջապահության ոլորտում քաղաքականություն մշակող և իրականացնող կառույցներին ուղղված առաջարկություններ՝ մանկաբարձական բռնության դրսևորումները կանխելու, կնոջ և երեխայի իրավունքների պաշտպանվածությունն ապահովելու և ծննդօգնության ծառայությունները բարելավելու նպատակով:

#### Այսպիսով՝

➔ Առաջարկում ենք օրենսդրությամբ սահմանել «մանկաբարձական բռնություն» եզրույթը, մշակել ուղեցույց բուժանձնակազմի համար, որտեղ կներկայացվեն մանկաբարձական բռնության դրսևորումները, կնոջ և երեխայի իրավունքների պաշտպանվածության կարևորությունը, ինչը հնարավորություն կտա բուժաշխատողին տարբերակել կլինիկական դեպքերում ցուցված միջամտություններն ու անհրաժեշտաբար արվող քայլերը անհարկի միջամտություններից և բռնի քայլերից:

➔ Առաջարկում ենք մշակել և իրավական նորմով հաստատել գործելակարգեր, որոնցով կսահմանվեն նախաձեռնողան, ծննդաբերական և հետծննդան բոլոր փուլերում կատարվող միջամտություն-

ների ցուցումներն ու հակացուցումները, ինչը հնարավորություն կտա վերահսկելի դարձնել «անհարկի» կատարված միջամտությունները, միևնույն ժամանակ պաշտպանել բուժաշխատողին իր կայացրած որոշումների համար:

→ Անհրաժեշտ է իրավական նորմ, որով պահանջ կդրվի ծննդալուծության ընթացքում վիրաբուժական և այլ միջամտությունների վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների հավաքման և պարբերաբար հրապարակման վերաբերյալ: Սա հնարավորություն կտա չափել այդ միջամտությունների իրականացման հաճախականությունը և, ինչպես դա կեսարյան հատման դեպքում է, խոսել դրանց ցուցված կամ անհարկի կիրառման հավանականության մասին:

→ Հետազոտությանը մասնակից թե՛ կանայք, թե՛ բուժաշխատողները վկայել են հղիության շրջանում կնոջ ծննդաբերությանը պատրաստվելու կարևորությունը: Միևնույն ժամանակ նկարագրվել են իրավիճակներ, երբ կանայք չեն կարողանում մասնակցել մայրության դպրոցներին՝ կրթական կամ աշխատանքային զբաղվածության պատճառով: Առաջարկում ենք օրենսդրությամբ սահմանել կնոջ՝ նախածննդյան խնամքի ծառայություններից **լիարժեք** օգտվելու իրավունքը (այդ թվում՝ մայրության դպրոց հաճախելու), որը չի կարող սահմանափակվել գործատուի կամ ուսումնական հաստատության կողմից:

→ Հաշվի առնելով աշխարհագրական, ֆինանսական, ֆիզիկական հասանելիության խնդիրները՝ բնակչության տարբեր խմբերին (օրինակ՝ քաղաքային և գյուղական բնակչություն, հաշմանդամություն ունեցող կանայք) նույն որակի հավասար հասանելի տեղեկատվություն տրամադրելու նպատակով կարելի է կիրառել նոր տեխնոլոգիաներ՝ իրազեկելով կնոջը իր իրավունքների մասին, այդ թվում՝ իր և իր ապագա երեխայի՝ պետության կողմից երաշխավորված կերպով տրամադրվող առողջապահական ծառայությունների մասին, ներառյալ կրծքով կերակրումը, պատվաստումները և այլ կարևոր հանրային առողջապահական հարցեր, ինչպես նաև կրթել՝ տալով բազային գիտելիքներ ծննդաբերության ընթացքի մասին:

→ Միևնույն ժամանակ կարևորում ենք ծննդաբերությանը ներկա գտնվող երրորդ անձի պատրաստվածությունը ծննդաբերությանը:

Հետազոտության մասնակից կանայք նկարագրել են իրավիճակներ, երբ իրենց ուղեկցող անձը ոչ միայն չի օգնել, այլև խանգարել է կամ նրա ներկայությունը ոչ հարմարավետ միջավայր է ստեղծել ծննդկանի համար: Նման իրավիճակները կանխելու համար կարևորում ենք ուղեկցող անձանց համար նույնպես նախատեսել հանդիպումներ, դասընթացներ մայրության դպրոցների կամ այլ ծրագրի շրջանակում:

→ Հետազոտության արդյունքում վեր են հանվել խնդիրներ, որոնք վերաբերում են կնոջ գաղտնիության ու մեկուսիության իրավունքի խախտմանը, բուժօգնության որևէ փուլում ոչ ցանկալի անձի, այդ թվում հենց ընտանիքի անդամի կամ բարեկամի ներկայությանը:

Հղիությանն ու ծննդօգնությանն առնչվող սովորույթները, նախապաշարմունքները, ինչպես նաև հղիին, ծննդկանին բժշկական հաստատությունում անհանգստացնելը հեշտ լուծելի խնդիրներ կդառնան, եթե խստորեն պահպանվեն **բժշկական գաղտնիքին և բուժառուի գրավոր համաձայնությանը վերաբերող իրավական գործող նորմերը**: Եթե հղին միայնակ կամ միայն իր որոշած անձի հետ կատարի իր նախաձեռնության այցերը, կարողանա ուղիղ հաղորդակցվել բժիշկների հետ, միայն իր համաձայնությամբ և իր ընտրած աջակցող անձինք մասնակցեն իրեն վերաբերող որոշումների կայացմանը և ներկա լինեն բժշկական միջամտություններին, ապա ոչ միայն կնոջը, այլ նաև առողջապահական համակարգին և հասարակությանը մեծ վնաս հասցնող մի շարք «վայրի» սովորույթներ դուրս կգան առօրյայից՝ բերելով պարտադրված վարքագծի փոփոխության:

→ Կարծում ենք, որ բավարար չէ միայն առողջապահական համակարգի բոլոր մասնակիցների՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բոլոր կազմակերպությունների կողմից ոլորտը կարգավորող օրենսդրական ակտերի, նկատմամբ վերահսկողությունը, այլ անհրաժեշտություն կա գնահատել, թե որքան իրատեսական է այդ պահանջների իրականացումը՝ ելնելով կազմակերպության ինչպես կառուցվածքային առանձնահատկություններից, այնպես էլ մարդկային ռեսուրսի հնարավորություններից:

Բուժառուների իրավունքների պահպանումն ու որակյալ բժշկական սպասարկման ապահովումը հնարավոր չի լինի առանց բժիշկների գերծանրաբեռնվածության հարցին անդրադառնալու, նրանց,

Աշխատանքային օրենսգրքի պահանջներին համապատասխան, գիշերային հերթափոխից հետո սահմանված հանգստի պահպանման, միջին բժշկական անձնակազմի և՛ քանակի, և՛ որակի բարելավման խնդիրները վերհանելու և դրանց լուծմանը ուղղված միջոցառումների: Բժիշկների աշխատանքային նկարագրությունները պետք է ներառեն պարտադիր գիշերային հերթափոխներ բոլոր բժիշկների համար՝ մեծ ծանրաբեռնվածությունից ազատելով որոշ բժիշկների և գիշերային հերթափոխները հավասար բաշխելով:

→ Բժշկական անձնակազմի շարունակական մասնագիտական զարգացման մեխանիզմը կարելի է կիրառել հանրապետության ամբողջ տարածքում մանկաբարձ գինեկոլոգներին, ներառյալ պոլիկլինիկաներում սպասարկում իրականացնողներին ոլորտի նորարարություններին, նոր մոտեցումներին նոր իրավական պահանջներին, հիվանդի հետ հաղորդակցմանը, բժշկական էթիկային և այլ կարևոր հարցերի վերաբերյալ կրթություն տրամադրելով:

→ Շատ կարևոր է, որ ծառայությունների որակի, էթիկայի կանոնների կամ այլ հարցերով ահազանգերի դեպքում Առողջապահության նախարարությունը անդրադառնա և վերլուծի դեպքը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության մակարդակով, հստակ տարանջատվեն համակարգային, կառուցվածքային, կառավարման, ռեսուրսների անբավարարությանը առնչվող խնդիրները, և չթիրախավորվի բժիշկը: Սա կօգնի նվազեցնել համակարգային խնդիրները, կհեշտացնի ՄԲ կանխարգելումը և կբարձրացնի բժիշկների աշխատանքի արդյունավետությունը:

## Փորձագիտական կարծիք

**«Մանկաբարձական բռնության դրսևորումները Հայաստանում» հետազոտությամբ վեր հանված խնդիրների վերաբերյալ «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի ծննդատան տնօրենի տեղակալ Դավիթ Աբովյանից**

*Բժշկի ուղիղ խոսքը հեղինակն ընդհատել է ենթավերնագրերով՝ առաջնորդվելով հետազոտությամբ վերհանված շավիղների ենթավերնագրերով:*

Ծննդաբերությունը շատ կարևոր էտապ է կնոջ համար, դու պետք է ամեն ինչ անես, որ նա երջանիկ գնա:

Սա շատ անկյունաքարային մոմենտ է նրա կյանքում՝ շատ հետևանքներով: Բժիշկը պետք է հասկանա, որ այս պահից շատ բան է կախված. հղիի ցանկությունը՝ նորից գալ ծննդաբերելու, ընտանիքի ամրությունը: Կինը շատ խոցելի վիճակում է ծննդաբերության պահին, ու դա ցավից չէ, մանավանդ՝ հիմա էպիդուրալ անզգայացումն անվճար է (*պետության կողմից երաշխավորված. – հեղինակ*), ցավը՝ այլ տպավորությունների համեմատ, հեշ, չնայած՝ քիչ ցավ չէ, լուրջ ցավ է:

### **Անտեսում, բժշկի գերզբաղվածություն, նախածննդյան խնամք, արժանապատիվ վերաբերմունք**

Շատ կարևոր է հղիի հետ խոսելը. որքան հնարավոր է՝ խոսում ենք, բայց մեկ է՝ դա էլ բավարար չէ: Հատկապես եթե ռիսկային է հղին կամ վախկոտ: Շատ կեսարյան հատումները նաև այդ վախի հետևանքն են, սխալ պատկերացման, սխալ տեղեկատվության:

Երկրներ կան, որտեղ բժշկի դերը շատ փոքր է, midwife-ները (*մանկաբարձները. – հեղինակ*) իրենց վրա են վերցնում հիմնական պրոցեսի պատասխանատվությունը. շատ պատրաստված մանկաբարձներ են նրանք, ուղղակի բուժքույրեր չեն: Այստեղ դա չունենք:

Մեր բուժքույրերը շատ պատրաստված են, սովորում են, բայց նաև կրթությանը զուգահեռ պետք է սովորեցնել հիվանդի հետ ճիշտ խոսել: Դու չես կարող փորձել «հարազատավարի» խոսել հիվանդի հետ, կենցաղային բառերով, շատ դեպքերում դա նրան վիրավորում է: Օրինակ՝ եթե ասում ես՝ «Բոլորս էլ այդ ցավը քաշել ենք», կամ «Ինչ ա քեզ եղել որ...» և այլն: Հարազատություն ցուցաբերելիս չափը, սահմանը անցնում են՝ այսպես ասած:

Դեռ 2006-ին Ճապոնիայում տեսել եմ մասնավոր մանկաբարձական կլինիկաներ, որտեղ չկար ոչ մի բժշկական գործիք: Իհարկե, մոտ էր բժշկական կենտրոնը, որ եթե բարդություն լինի՝ հասցնեն, բայց ամեն դեպքում ոչինչ չէր հիշեցնում «կլինիկա»: Այսինքն՝ առանց բժշկի միջամտության ծննդալուծում էր:

Հղիներ կան, որ գալիս են շատ պատրաստված: Նրանք ի սկզբանե ասում են՝ ինչին են համաձայն, ինչին՝ ոչ, շատ կիրթ են ու ամեն ինչին, նաև իրենց իրավունքներին տեղեկացված: Ու եթե բժիշկը այս կիրթ խավի հետ արդեն պայմանավորվում է, համաձայնեցնում է նախօրոք, շատ հեշտ է: Ընդհանրապես, պետք է ամեն ինչ ճիշտ ասել հղիին, ինչքան հնարավոր է՝ ասել, եթե չես բացատրում կամ «խաբում ես», ըստ իս՝ դա է ագրեսիան (մանկաբարձական բռնությունը): Օրինակ՝ ԱՄՆ-ում շատ-շատ է ագրեսիան. եթե մինչև 40 շաբաթականը ինքնուրույն չծննդաբերեց, սկսում են խթանում, շատ են կեսարյան հատումները ու ծննդաբերությունը ուղեկցող բարդությունները:

### **Ցավազրկման մեթոժում**

Լսել եմ դեպքեր, բայց հավատս չի գալիս. այնքան աննորմալ է դա, ոնց որ ատամ հանեն, պլումբեն՝ առանց ցավազրկման: Չեմ պատկերացնում:

### **Ամուսնու/հարազատների ներկայություն**

Շատ տարբեր են հարաբերությունները ընտանիքներում: Օրինակ՝ այլազգի զույգեր են գալիս՝ կնոջը կարող է զուգարան էլ ուղեկցի: Մեր ընտանիքներում չկա նման բան: Կա կին, որ ամուսնու ներկայությունն



ընդունում է որպես իր ազատության սահմանափակում, ուզում է ոնց ուզի՝ գոռա, ոնց ուզի՝ շարժվի, չպահի իր էմոցիաները կամ չսահմանափակի իր շարժումները, ու դա լրիվ հասկանալի է...

Մենք ամուսիններին «face control» ենք անում՝ ինչքանով է էդ ամուսինը պատրաստ, կիրթ: Կան ամուսիններ, որոնց հետ կինը շատ լավ է իրեն զգում ու լավ ծննդաբերում: Կան հղիներ, որ գալիս են իրենց ամենահարազատ մարդու հետ ու շատ լավ ծննդաբերում են իրար հետ. եթե նա իր ընտրությամբ բերել է իր ամենահարազատ մարդուն:

Դուլային մենք մեր ծննդատանը չենք թողնում ինչ-ինչ պատճառներով, բայց դրսում դուլաները, այո, ծննդալուծում են:

### **Մեկուսիություն, գաղտնիություն**

Հիվանդանոցում, նույնիսկ բուժական սենյակում կիսամերկ լինելը վիրավորում է մարդու արժանապատվությունը. համաձայն են: Բժիշկները (*բուժաշխատողները.- հեղինակ*) չեն զգում: Դա «ռուտինա» է: Բայց ճիշտ եք ասում. շատ անհարմար ես քեզ զգում, շատ:

### **Որակի հսկողություն/գործելակարգեր**

Բայց հիմա շատ բան փոխվում է, ստանդարտներ են ներդրվում ISO՝ որակի գնահատման, պրոտոկոլները կարող են օգնել:

## Հավելված Ա

### Հարցազրույցի ուղեցույց կանանց համար

1. Ինդիքում եմ պատմեք Ձեր փորձառության մասին. ինչպե՞ս եք ընտրել ծննդատունը, բժիշկին, ի՞նչ տպավորություն ունեիք այդ ամենի վերաբերյալ հղիության ընթացքում:
2. Ինչպե՞ս է անցել նախածննդյան շրջանը, Ձեր հանդեպ հարգալի՞ց են եղել և արժանապատի՞վ են վերաբերվել, խախտվե՞լ է արդյոք, ըստ Ձեզ, Ձեր անձնական գաղտնիությունը՝ ներառյալ այլ անձանց ներկայությամբ նեղ անձնական հարցերի քննարկումը, զննում իրականացնելը: Դուք մասնակից եղե՞լ եք արդյոք հղիության վարման վերաբերյալ որոշումների կայացմանը, ստացե՞լ եք Ձեր հարցերի պատասխանը, եթե այդպիսիք առաջացել են:
3. Իսկ ինչպե՞ս կնկարագրեք իրավիճակը արդեն ծննդաբերության պահին. ինչպիսի՞ն էր ընդհանուր իրավիճակն ու տպավորությունը, ի՞նչ ճանապարհով եք ծննդաբերել, ինչպիսի՞ ընթացքով:
4. Կարողացե՞լ եք արդյոք մասնակից լինել Ձեզ հետ կատարվող ամեն ինչին, ներառյալ իրականացվող բժշկական միջամտությունները, ինչի՞ն չեք կարողացել մասնակցել, կամ Ձեզ չեն տեղեկացրել, ո՞րն էր պատճառը:
5. Կարո՞ղ եք հիշել դրվագ, երբ Ձեզ պարտադրվել է որևէ միջամտություն. ուղիղ տոնով հայտնվել է, որ իրականացվում է այս միջամտությունը, և Դուք որևէ կերպ չեք կարողացել մերժել այն, կամ որևէ միջամտություն իրականացվել է առանց Ձեզ հետ քննարկելու, և Դուք դրա մասին իմացել եք արդեն իրականացումից հետո:
6. Միայնա՞կ էիք, թե՞ հարազատ կար, որին թույլատրվել է մասնակցել, կամ արդյոք ցանկություն ունեի՞ք հրավիրելու ձեր նախընտրած մանկաբարձին/դուլային, և արդյոք թույլատրվե՞լ

- է: եղել է ժամանակահատված, որ ամբողջովին մենակ եք եղել ընդունարանում, զննման սենյակում կամ ծնարանում:
7. Ինչպե՞ս կնկարագրեք ծննդատանը անցկացրած օրերը՝ սկսած ընդունման պահից մինչև դուրսգրում, ի՞նչն էր հատկապես լավ կամ հատկապես վատ, ո՞րն է ամենավառ տպավորված դրվագը:
  8. Ըստ Ձեզ՝ Ձեր հանդեպ հարգալից են եղել և արժանապատիվ են վերաբերվել, խախտվել է արդյոք, ըստ Ձեզ, Ձեր անձնական գաղտնիությունը՝ ներառյալ այլ անձանց ներկայությամբ զննում իրականացնելը:
  9. Դուրսգրումից հետո հանդիպե՞լ եք Ձեր բժշկի կամ մանկաբարձուհու հետ. Ու՞մ հետ եք վարել Ձեր հետծննդյան շրջանը:
  10. Պլանավորում եք արդյոք ապագայում նոր հղիություն, եթե «այո», ապա՝ ե՞րբ, եթե «ոչ», ապա՝ ինչու՞:
  11. Կա՞ն այլ թեմաներ կամ հարցեր, որոնց մասին կուզենայիք պատմել:

### **Հարցազրույցի ուղեցույց բուժաշխատողների համար**

1. Տեղյա՞կ եք/լսե՞լ եք արդյոք «մանկաբարձական բռնություն» եզրույթը, կարծում եք՝ կիրառելի՞ է ՀՀ ում: Դուք ինչպե՞ս կսահմանեք երևույթը: Ինչպե՞ս է ազդում Ձեր սահմանած վերաբերմունքը կնոջ վրա:
2. Ինչպե՞ս կգնահատեք, կամ, ըստ Ձեզ, ինչպիսի՞ն է միջավայրը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատության կողմից՝ կնոջ իրավունքի և խտրականության բացառման տեսակետից:
3. Լսե՞լ եք արդյոք, առնչվե՞լ եք բժշկական անհարկի միջամտության դեպքերի, գրանցված մանկաբարձական բռնության այլ դրսևորումների մասին, արդյոք համատարած կիրառվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված համաձայնության ձևը:

4. Թեև առողջապահական համակարգի ուշադրությունը գրավել է կեսարյան հատումների համամասնության խախտումը, արդյոք համակարգն իրականացնում է այնպիսի տվյալների հավաքում, ինչպիսիք են էպիզիոտոմիան, օքսիտոցինի կիրառումը, ծննդաբերության խթանումը պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռումով, Կրիստելերի մեթոդը: Ինչպե՞ս եք վերաբերվում կնոջ տեղեկացված համաձայնությանը այս միջամտությունների համար:
5. Բացի անհարկի կեսարյան հատումների հարցին անդրադարձից՝ կա՞ն արդյոք այլ նախաձեռնություններ՝ մանկաբարձական բռնության այլ դրսևորումները կամ անհարկի միջամտությունները կանխելու ուղղությամբ:
6. Ինչպե՞ս եք վերաբերվում ամուսնու/աջակցող երրորդ անձի/դուլայի մասնակցությանը ծննդաբերությանը:
7. Կա՞ն այլ թեմաներ կամ հարցեր, որոնց մասին կուզենայիք պատմել:

## Հավելված Բ

### Ժողովրդագրական տվյալներ

1. Ձեր տարիքը՝ \_\_\_\_\_:

2. Ի՞նչ կրթություն ունեք.

ա. միջնակարգ (9 տարի և պակաս).

բ. ավագ դպրոց (10–12 տարի).

գ. միջին մասնագիտական.

դ. բարձրագույն.

ե. գիտական կոչում:

3. Ձեր ամուսնական կարգավիճակը.

ա. ամուսնացած.

բ. քաղաքացիական ամուսնություն.

գ. ամուսնալուծված.

դ. միայնակ:

4. Ձեր ընտանիքի կառուցվածքը. ապրում եք.

ա. ամուսնու ծնողների հետ.

բ. իմ ծնողների հետ.

գ. ծնողներից առանձին:

5. Սկսած Ձեր ամենափոքր երեխայից, խնդրում եմ նշել նրանց տարիքները.

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_:

5. Աշխատանքային փորձ. \_\_\_\_\_ տարի:

6. Բնակության վայր.

քաղաք/գյուղ \_\_\_\_\_:

7. Ձեր քաշը վերջին ծննդաբերության պահին. \_\_\_\_\_:

8. Ձեր տարիքը վերջին ծննդաբերության պահին. \_\_\_\_\_:

## Հավելված Գ

### Համաձայնության ձևաթուղթ

Սույնով տեղեկացնում եմ Ձեզ, որ Դուք հրավիրված եք մասնակցելու մանկաբարձական բռնությանը վերաբերող հետազոտությանը, որը կօգնի մեզ պատասխանել մի քանի հարցի և նպաստել Հայաստանում այս ոլորտում առկա խնդիրների բացահայտմանը և բարելավմանն ուղղված առաջարկների մշակմանը: Այս առումով Դուք՝ որպես **մանկաբարձական ծառայություն մատուցող կազմակերպության ավագ բուժաշխատող / վերջին 3 տարվա ընթացքում մանկաբարձական ծառայության բուժառու (ընդգծել)**, կարող եք Ձեր լուրջ ներդրումն ունենալ և օգնել մեզ բացահայտելու առկա խնդիրները:

Հետազոտության հիմնական հարցերն են.

- Հայաստանի Հանրապետության մոր և մանկան առողջության կենտրոններում կանանց փորձառությունը ծննդաբերության ընթացքի վերաբերյալ:
- Գիտե՞ն արդյոք՝ ինչ է մանկաբարձական բռնությունը: Անձամբ առնչվե՞լ են արդյոք դրա որևէ դրսևորմանը: Հայտնե՞լ են արդյոք իրենց հանդեպ կիրառված՝ ՄԲ-ին համապատասխանող դրսևորումների մասին որևէ մեկին:
- Որո՞նք են Հայաստանում մանկաբարձական բռնությանը նպաստող հիմնական հնարավոր համակարգային, սոցիալական կամ մշակութային գործոնները:
- Որո՞նք են Հայաստանում ՄԲ-ի հնարավոր հետևանքները կնոջ ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա:
- Ի՞նչ կարիքներ ունեն և՛ կանայք, և՛ համակարգը՝ առկա դրսևորումները և դրանց նպաստող գործոնների ազդեցությունը նվազեցնելու համար:

Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությունում բացառապես կավժր է, Դուք ի սկզբանե կամ ցանկացած պահի՝ հարցազրույցի ընթացքում, կարող եք դադարեցնել մեր զրույցը:

Համաձայն Ձեր խնդրանքի՝ մինչ դադարեցման պահը ներկայացված տեղեկատվությունը կարող է ամբողջությամբ կամ մասնակի ջնջվել և չներառվել հետազոտության մեջ:

Հետազոտությունը կընթանա անհատական հարցազրույցի տեսքով, որը կտևի առավելագույնը մեկ ժամ: Ձեր համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում՝ Ձեր տրամադրած տեղեկատվությունից որևէ հատված բաց չթողնելու նպատակով:

Դուք համաձայն եք ձայնագրմանը (ընդգծել).

ԱՅՈ

ՈՉ

Տեղեկացնեմ նաև, որ Ձեր իրավունքն է՝ պահանջել անջատել ձայնագրիչը հետազոտության ընթացքում ցանկացած պահի:

«ՈՉ» պատասխանի դեպքում ես կիրականացնեմ գրառումներ:

Ձեր տրամադրած ամբողջ տեղեկատվությունը անանուն է և գաղտնի, որևէ զեկույցում կամ տպագրված նյութում Ձեր անհատական տվյալները չեն լինելու, հարցազրույցի ընթացքում իրականացվող ձայնագրությունն ու գրառումները հասանելի են լինելու միայն ինձ՝ հետազոտողիս, որոնք ոչնչացվելու են հետազոտության ավարտին:

Այլ անձանց/կազմակերպությունների հետ հետազոտությունը «կիսելիս» ևս որևէ անհատական տվյալ չի ներկայացվելու, տվյալները ներկայացվելու են վերլուծության տեսքով, չի նշվելու որևէ տեղեկատվություն, որը կարող է հանգեցնել Ձեր ինքնության բացահայտմանը:

Հետազոտողին՝ ինձ, հարցեր կարող եք տալ նաև հրնթացս՝ ցանկացած պահի ընդհատելով հարցազրույցը, իսկ խնդիրներ նկատելու դեպքում կարող եք կապվել նաև պատվիրատու կազմակերպության հետ հետևյալ հեռախոսահամարով. \_\_\_\_\_:

Հաշվի առնելով վերը նշվածը՝ խնդրում եմ ստորագրել, եթե առարկություն չունեք Ձեր մասնակցության վերաբերյալ:



## Օգտագործված աղբյուրներ

1. Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023 թ.: Հասանելի է. <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf>
2. Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023 թ.: Հասանելի է. <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db7aad88a52714a90f6b69ecca6df204.pdf>
3. «Կես 33» Հայաստան, 2023. «Ծննդոգնությունը Հայաստանում. իրավակարգավորումներ և իրավունքներ»: Հասանելի է. <https://point33.am/wp-content/uploads/2023/02/Maternity-care-in-Armenia-Laws-and-Rights.pdf>
4. Հայաստանի վիճակագրական ծառայություն, Առողջապահության նախարարություն, Այ Սի Էֆ 2017, Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն (ՀԺԱՀ), 2015-16 թթ.:
5. Belli, L.F. and Boenchea, C.M., 2018. Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(10), pp. 1208-1211. Available at: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.1527>
6. Blankenhorn, D., 2023. Obstetric and gynecological violence: Empowering patients to recognize and prevent it. *The Conversation*, 12 October. Available at: <https://theconversation.com/obstetric-and-gynecological-violence-empowering-patients-to-recognize-and-prevent-it-226129>
7. Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., et al., 2022. Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMaGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European Region. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159(Suppl 1), pp. 39-53. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14385>
8. Bohren, M.A., Vogel, J., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A. and Tunçalp, Ö., 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), p.e1001847. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
9. Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A. and Tunçalp, Ö., 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), p. 138. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
10. Bohren, M.A., Hunter, E.C., Munthe-Kaas, H.M., et al., 2014. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries:

- a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11, p. 71. Available at: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
11. Bohren, M.A., Vogel, J.P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M.A., Olutayo, A.O., et al., 2018. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 140(2), pp. 184-190. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12353>
  12. Bowser, D. and Hill, K., 2010. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. Available at: [https://content.sph.harvard.edu/wwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://content.sph.harvard.edu/wwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)
  13. Chervenak, F.A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S.L., De Four Jones, M., Gordon, M.R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A. and Grünebaum, A., 2024. Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3S), pp. S1138-S1145. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>
  14. Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review, 2023. *Nursing Reports*, 13(4), pp. 1553-1576. Available at: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
  15. European Parliament, 2024. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies, PE 761.478 - April 2024.
  16. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee, FIGO Mother–Baby Friendly Birthing Facility Guideline Committee and Stones, W., 2015. Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128(2), pp. 95-99. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
  17. Gebeyehu, N.A., Adella, G.A. and Tegegne, K.D., 2023. Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 10, p. 1117116. Available at: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116>
  18. Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. and Rousseau, C., 2018. Obstetrical violence in healthcare settings: A concept analysis. *Recherches féministes*, 31(1), pp. 219-238. Available at: <https://doi.org/10.7202/1050662ar>
  19. Morgan, L.M. and Roberts, E.F., 2012. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), pp. 241-254. Available at: <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
  20. O'Brien, E. and Rich, M., 2022. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), pp. 2183-2185. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01079-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01079-1)
  21. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, n.d. Sexual and reproductive health and rights. OHCHR. Available at: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

22. OHCHR-UN, n.d. United Nations Digital Library. Available at: [https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A\\_74\\_137-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-EN.pdf)
23. Onwuachi-Saunders, C., Dang, Q.P. and Murray, J., 2019. Reproductive Rights, Reproductive Justice: Redefining Challenges to Create Optimal Health for All Women. *Journal of Healthcare Science and Humanities*, 9(1), pp. 19-31. PMID: 36819759; PMCID: PMC9930478.
24. Peiró-Boladeras, M., Ruiz-Rojo, E., Moliner-Gil, F., Cortés-Castell, E., García-Álvarez, V. and Palencia, L., 2021. Obstetric violence in Spain (Part III): Healthcare professionals, times, and areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), p. 3359. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
25. Pickles, C., 2024. "Everything is Obstetric Violence Now": Identifying the Violence in "Obstetric Violence" to Strengthen Socio-legal Reform Efforts. *Oxford Journal of Legal Studies*, 44(3), pp. 616-644. Available at: <https://doi.org/10.1093/ojls/gqae016>
26. Polavarapu, M., Odems, D.S., Banks, S. and Singh, S., 2024. Role of Obstetric Violence and Patient Choice: Factors Associated With Episiotomy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69, pp. 718-726. Available at: <https://doi.org/10.1111/jmwh.1365>
27. Reuther, M.L., 2022. Obstetric violence experiences of birth givers in Germany: A thematic analysis of birth stories (Master's thesis). University of Twente. Available at: [http://essay.utwente.nl/93380/1/reuther\\_MA\\_bms.pdf](http://essay.utwente.nl/93380/1/reuther_MA_bms.pdf)
28. Robinson, J.H., Callister, L.C., Berry, J.A. and Dearing, K.A., 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), pp. 600-607. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
29. Silva-Fernandez, C.S., de la Calle, M., Arribas, S.M., Garrosa, E. and Ramiro-Cortijo, D., 2023. Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum.
30. Simonovic, D., 2019. Report on the mistreatment and violence against women during reproductive healthcare and childbirth in Finland: A response to the call for submissions by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (n.d.). Sexual and reproductive health and rights. OHCHR. Available at: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
31. Tadevosyan, M., Movsesyan, Y., Simonyan, H., Hekimian, K. and Petrosyan, V., 2019. Factors associated with non-use of skilled delivery attendance in Armenia: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(2), pp. 2158-2166. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>
32. Van der Pijl, M.S.G., Klein Essink, M., van der Linden, T., Verweij, R., Kingma, E., Hollander, M.H., De Jonge, A. and Verhoeven, C.J., 2023. Consent and refusal of procedures during labour and birth: A survey among 11,418 women in the Netherlands. *BMJ Quality & Safety*. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015538>

33. Vacaflor, C.H., 2016. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), pp. 65-73. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
34. World Health Organization, 2014. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. World Health Organization. Available at: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf)
35. World Health Organization, 2014. WHO statement: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. World Health Organization.
36. World Health Organization, n.d. Violence, injuries and disabilities. WHO EMRO. Available at: <https://www.emro.who.int/violence-injuries-disabilities/>
37. World Health Organization, 2022. Health systems in action: Armenia: 2022 edition. World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362322/9789289059107-eng.pdf>
38. World Health Organization Regional Office for Europe, 2016. Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338130/66wd13e-SexualReproHealth-160524.pdf>

“Manifestations of Obstetric Violence in Armenia” qualitative research has been conducted by “Point 33” informative, advocacy NGO within “Dignified Motherhood: No to Obstetric Violence” project implemented by as part of the “Enhancing Civil Society Development Impact” initiative, carried out by the Eurasia Partnership Foundation with support from the government of Sweden.

The creator is solely responsible for the content of the research. The views expressed in the research may not necessarily reflect the views of the Swedish Government.

---

"Point 33" is an informative, advocacy NGO that helps women and their family members be aware of their rights and legislative regulations, provides legal support, conducts research, and advocates for reforms to have a harmonious, comfortable, and violence-free environment.

**Research Initiator: Astghik Karapetyan**

*Project Manager of "Dignified Motherhood: No to Obstetric Violence"*

**Author: Lusine Kocharyan**

*Public Health Specialist*

**Editor: Anzhela Avagyan**

**Layout and Design: Narine Hovhannisyan**

**Cover Image: Varsenik Erkoyan**

© "Point 33" NGO, 2025

Citation required when referencing this work.