

ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ԷԱՊԵՍ ԱԶԴՈՒՄ ԵՆ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՄԱՐԿԿԱՆՑ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՎՐԱ



ՍՎԱ դասընթացի երիտասարդ մասնակիցները, Երևան, 2013թ. Խոկոտեմբեր: Նկարը՝ ԸԱՅԱ ՀԿ-ի



PAFHA



OXFAM

20 տարի Հայաստանում
Սատարել մարդկանց՝
ի գորու լինելու ուրիշներին սատարել

**ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ԷԱՊԵՍ
ԱԶԴՈՒՄ ԵՆ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՄԱՐԴԿԱՆՑ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՎՐԱ**



Աշխատանքային խումբ.

Հետազոտության իրականացման, վերլուծության, գնահատման և զեկույցի պատրաստման հարցերում մասնակցեցին «Ընտանիքի առողջության համահայկական ասոցիացիա» (ԸԱՀԱ) ՀԿ-ի աշխատակիցներն ու կամավորները, մասնավորապես.

- ♦ Մերի Խաչիկյան, ԸԱՀԱ-ի տնօրեն և ծրագրի ղեկավար
- ♦ Էդուարդ Հովհաննիսյան, ԸԱՀԱ-ի ծրագրի համակարգող
- ♦ Պանկաջ Սինգ, ԸԱՀԱ-ի կամավոր Վանդա Յաղուբյան, ԸԱՀԱ-ի կամավոր Մերի Հակոբյան, ԸԱՀԱ-ի օգնական:

Օքսֆամ Հայաստան կազմակերպության տնօրեն Մարգարիտա Հակոբյանը, Հաշվետու կառավարում ծրագրերի ղեկավար Լիլիթ Չիթյանը և առողջապահական հարցերով խորհրդատու Ռուզաննա Ստեփանյանը ներկայացրին իրենց արժեքավոր մեկնաբանություններն ու առաջարկությունները զեկույցի վերաբերյալ:

Հղում հայերեն լեզվով.

«Գործոններ, որոնք էապես ազդում են երիտասարդ մարդկանց առողջության և զարգացման վրա»,- ՀՀ Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում IPPF-EN-ի հայաստանյան մասնաճյուղ «Ընտանիքի առողջության համահայկական ասոցիացիա» ՀԿ-ի կողմից Օքսֆամ բարեգործական կազմակերպության աջակցությամբ իրականացված հետազոտության արդյունքներ, Երևան 2013թ:

Հղում անգլերեն լեզվով.

“Key factors, influencing young people’s health and development”, - Report on the study conducted in Shirak and Vayots Dzor provinces of Armenia, by the IPPF-EN Armenia Affiliate, Pan-Armenian Family Health Association, with support of Oxfam in Armenia, Yerevan, 2013.

Սույն հետազոտության արդյունքները՝ համապատասխան հղումով, կարող են օգտագործվել երիտասարդների առողջության և իրավունքների խթանման ծրագրերի և ռազմավարական նախաձեռնությունների մշակման համար:

Դեռահասների և երիտասարդների սեռական և վերարտադրողական առողջությունը կարևորագույն դեր է խաղում նրանց կյանքում և անմիջականորեն առնչվում է սերնդարարման և ազգաբնակչության բնականոն աճի ու զարգացման հարցերի հետ: Այս տպագրությունն ամփոփում է Հայաստանի Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում IPPF-ի հայաստանյան մասնաճյուղ «Ընտանիքի առողջության համահայկական ասոցիացիա» ՀԿ-ի կողմից Օքսֆամի աջակցությամբ 2013թ-ին իրականացված հետազոտության արդյունքները: Հետազոտության նպատակն էր բացահայտել երիտասարդ մարդկանց առողջության և զարգացման վրա էական ազդեցություն ունեցող առանցքային գործոնները, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներում երիտասարդների վերարտադրողական առողջության կարիքներին արձագանքելու պատրաստվածությունը: Հետազոտությունն իրականացվել է «Երիտասարդների մասնակցությունը սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների խթանման ու արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու պատրաստվածության հարցերում» համատեղ ծրագրի շրջանակներում:

«ԸԱՀԱ» ՀԿ-ի անդամներն ու աշխատակիցները իրենց երախտագիտությունն են արտահայտում Օքսֆամին՝ ցուցաբերած ֆինանսական և տեխնիկական աջակցության և զեկույցի տպագրման համար, հատուկ շնորհակալություն հայտնելով կազմակերպության տնօրեն Մարգարիտա Հակոբյանին, Հաշվետու կառավարում ծրագրերի ղեկավար Լիլիթ Զիթյանին, առողջապահական հարցերով խորհրդատու Ռուզաննա Ստեփանյանին իրենց արժեքավոր մեկնաբանությունների և առաջարկությունների համար:

Մեր հատուկ երախտագիտությունն ենք հայտնում Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի իշխանություններին, քաղաքային և գյուղական համայնքների կրթական հաստատությունների և բուժօժանոցությունների ղեկավարներին և աշխատակիցներին՝ հետազոտության իրականացման ընթացքում տեղեկատվություն տրամադրելու և աջակցություն ցուցաբերելու համար:

Հատկապես շնորհակալ ենք Գյումրի և Եղեգնաձոր քաղաքներում, նաև Ախուրիկ, Ամասյա, Հայկավան, Պեմզաշեն, Աղավսաձոր, Արենի, Մալիշկա, Ռինդ գյուղերում և այլ քաղաքային ու գյուղական համայնքներում բնակվող բոլոր այն երիտասարդներին և տարիքով ավելի մեծ նվիրյալ անհատներին, որոնք սիրով մասնակցեցին անցկացված քննարկումներին և անկեղծորեն արտահայտեցին իրենց անձնական կարծիքն ու վերաբերմունքը երիտասարդների սեռական և վերարտադրողական առողջության և զարգացման վրա ազդող գործոնների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու պատրաստվածության վերաբերյալ:

Մերի Խաչիկյան,
Գործադիր տնօրեն
«Ընտանիքի առողջության
համահայկական ասոցիացիա»



ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան	3
Բովանդակություն	4
1. Իրավիճակի վերլուծություն եվ հետազոտության հիմնավորում.....	5
2. Մեթոդաբանություն.....	12
3. Թիրախ խմբերում քննարկումների հիմնական բացահայտումներ	19
4. Սեռական եվ վերարտադրողական առողջության ծառայությունների որակի գնահատման արդյունքները	32
5. Եզրահանգումներ և առաջարկություններ	43
Հապավումներ	50

1 ԻՐԱՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

1.1. Քաղաքական պարտավորություններ

Պատանեկության տարիքում առողջ վարքագծի ձևավորումը և երիտասարդների առողջությանը սպառնացող ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված քայլերը խիստ կարևոր են երկրների առողջապահական և սոցիալական ենթակառուցվածքի հետագա զարգացման և չափահաս տարիքում առողջական խնդիրների կանխարգելման համար:

Հայաստանի կառավարությունը միացել է երիտասարդների առողջության, զարգացման և պաշտպանությանն ուղղված մի շարք միջազգային համաձայնագրերի և կոչերի, պարտավորվելով միջոցներ ձեռնարկել, որպեսզի երիտասարդ մարդիկ անհրաժեշտ տեղեկատվություն և հմտություններ ունենան ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ից, սեռավարակներից և անցանկալի հղիությունից խուսափելու համար, և նրանց համար հասանելի լինեն համապատասխան բուժօժանայությունները:

Դեռահասների ֆիզիկական և հոգեկան առողջության խթանմանն ուղղված ազգային առողջապահական ծրագրերի և քաղաքականության մշակմանն ու կիրառման անհրաժեշտության մասին նշվել է 2002թ. ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի՝ երեխաներին նվիրված հատուկ նստաշրջանի ժամանակ: Հազարամյակի զարգացման նպատակներից (ՀՋՆ) երկուսը վերաբերում են երիտասարդների առողջությանը, մասնավորապես.

1. Վերարտադրողական առողջության համընդհանուր հասանելիություն ապահովելուն ուղղված ՀՋՆ-ի 5-րդ նպատակը, որի սպասվելիք ցուցիչներից մեկը 15-19 տարեկան աղջիկների շրջանում հղիության մակարդակի նվազումն է:
2. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի համաճարակի կասեցմանն ուղղված ՀՋՆ-ի 6-րդ նպատակը, որի ակնկալիք ցուցիչներից են՝ ա) երիտասարդների շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տարածվածության 25%-ով կրճատումը և բ) ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ համապարփակ և ճշգրիտ գիտելիք ունեցողներ 15-24 տարեկան երիտասարդների համամասնության ավելացումը:

1.2. Իրավական դաշտ

Անկախություն ձեռք բերելուց ի վեր ՀՀ Ազգային ժողովն ընդունել է դեռահասների առողջությանն ու իրավունքներին վերաբերող մի շարք օրենքներ, այդ թվում. 1) Օրենք երեխաների իրավունքների մասին (1996), 2) Օրենք բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին (1996), 3) Օրենք ՄԻԱՎ-ից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին (1997), և 4) Օրենք մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին (2002):

Սակայն առկա օրենսդրությունը բժիշկներին հստակ հրահանգներ չի տալիս՝ դեռահասներին սեռական և վերարտադրողական առողջության (ՍՎԱ) և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված ծառայություններ տրամադրելիս ծնողական համաձայնություն ստանալու անհրաժեշտության վերաբերյալ: Համաձայն բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի (1996), 18-ից ցածր տարիքի անչափահասին ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարելու համար պահանջվում է ծնողի համաձայնությունը: Մինչդեռ, մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին (2002) օրենքի համաձայն ՍՎԱ ծառայությունները դեռահասներին պետք է տրամադրվեն անձնական տեղեկատվության գաղտնիության պայմաններում: Նշված օրենքներում առկա այս հակասությունները կարող են խոչընդոտել բուժօժանայությունների մատչելիությունը սեռական կյանքով ապրող դեռևս չամուսնացած այն դեռահասների համար, ովքեր փորձում են թաքցնել ծնողներից իրենց կարգավիճակը: Դա իր հերթին կարող է դրդել դեռահասներին ինքնուրույն և անապահով կերպով անցանկալի հղիության ընդհատման փորձին, որը լի է կյանքին վտանգ սպառնացող լուրջ բարդություններով:

1.3. Հանրային առողջապահական համակարգը և առողջապահությանն ուղղված ծախսերը

Հայաստանի հանրային առողջապահական ներկայիս համակարգը կազմված է անկախ, ինքնաֆինանսավորվող (կամ խառը ֆինանսավորմամբ) բուժօգնություններից, որոնք դասակարգված են երեք վարչական մակարդակների՝ ազգային (հանրապետական), մարզային և տեղական (համայնքային): Անկախությանը հաջորդած ապակենտրոնացումից և վերակազմավորումից հետո առողջապահական ծառայությունների շահագործումն ու սեփականության իրավունքը փոխանցվեցին տեղական և մարզային իշխանություններին¹:

Հանրային առողջապահությանն ուղղված ընթացիկ և կապիտալ ծախսերը կատարվում են պետության կողմից տրամադրվող բյուջետային հատկացումների (կենտրոնական և տեղական), արտաքին փոխառությունների և դրամաշնորհների հաշվին, որոնց մեջ ներառվում են միջազգային գործակալությունների և հասարակական կազմակերպությունների կողմից հատկացվող նվիրատվությունները, ինչպես նաև պարտադիր բժշկական ապահովագրության սոցիալական միջոցները:

Հայաստանի կառավարության Համախառն ազգային արդյունքից (ՀԱԱ) առողջապահությանը հատկացվող տոկոսային համամասնությունը ցածր է անգամ Ասիայի և Աֆրիկայի մի շարք աղքատ պետությունների համեմատությամբ: Այդ առումով մեր երկիրը գտնվում է աշխարհի՝ հանրային առողջապահությանը ամենացածր հատկացումներ տրամադրող երկրների շարքում: Ընդ որում, համախառն ներքին արդյունքից (ՀՆԱ) առողջապահությանը հատկացվող տոկոսային համամասնությունը 2000թ.-ին կտրուկ իջավ մինչև 0.8%, որից 2005 և 2006թ.թ հետո մի փոքր վերականգնվեց՝ կազմելով 1.39% և 1.45% համապատասխանաբար²: Համաձայն Համաշխարհային Բանկի 2012թ. հաշվետվության, 2008թ.-ին առողջապահական ընդհանուր ծախսերն աճեցին մինչև 7.24%, սակայն 2010թ.-ին կրկին անկում ապրեցին մինչև 6.42%³:

Առողջապահության նախարարությունը տնօրինում է առողջապահության բյուջեն, իսկ Պետական առողջապահական գործակալությունը կրում է բնակչության համար նախատեսված պետական «հիմնական ծառայությունների փաթեթի» (ՀԾՓ կամ, այսպես կոչված «պետպատվեր») գնումների պարտավորությունը:

Պետպատվերն ապահովում է միայն առաջնային մակարդակի բուժօգնությունը և հիվանդանոցային ծառայությունների տրամադրումը բնակչության սոցիալապես անապահով որոշակի խմբերի համար: Իսկ հիվանդանոցային բուժումը ողջ ազգաբնակչության համար ապահովում է միայն որոշակի հիվանդությունների և առողջական վիճակների հետ կապված խնդիրների դեպքերում:

Սակայն, ՀԾՓ-ն հիմնված չէ բուժօգնությունների մատուցման իրական արժողության վրա, ինչը նպաստում է ոչ պաշտոնական վճարների գոյացմանը: Առողջապահությանը հատկացվող պետական միջոցների սահմանափակ լինելը և մեծ թվով բժիշկների առկայությունը հանգեցնում է նրան, որ յուրաքանչյուր բժշկի հաշվով համեմատաբար քիչ գումարներ են հատկացվում: Դրա արդյունքում ոչ միայն ցածր է բուժօգնություններ տրամադրողների աշխատավարձը, այլև անբավարար են պետության կողմից հատկացվող գումարները դեղորայք, սարքավորումներ և գործիքներ ձեռք բերելու համար: Հետևաբար, բուժաշխատողները հարկադրված են այցելուներից լրացուցիչ գումարներ հայթայթել իրենց աշխատավարձի բացը լրացնելու, ինչպես նաև դեղորայք և անհրաժեշտ այլ պարագաներ գնելու նպատակով⁴:

1 T. Hakobyan, et all, “Health Systems in Transition: Armenia (2006), - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96430/E89732.pdf
2 2007-2009 Medium Term Expenditure Framework, p.85.
3 <http://www.tradingeconomics.com/armenia/health-expenditure-public-percent-of-government-expenditure-wb-data.html>
4 Frank Feeley, - Improving Health Financing in Armenia, USAID and PHCR (2006), - http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADR989.pdf

1.4. Երիտասարդներին՝ բարյացակամ բուժհաստատությունների առկայությունը

Վերջին 10 տարիների ընթացքում «երիտասարդներին՝ բարյացակամ» և «որակյալ» ՍՎԱ ծառայությունների տրամադրման սկզբունքները ներդրվել են երկրի ավելի քան 40 բուժհաստատություններում: Ընտանիքի առողջության համահայկական ասոցիացիա (ԸԱՀԱ) կողմից՝ ՄԱԿ-ի Մանկական Հիմնադրամի, ՄԱԿ-ի Բնակչության Հիմնադրամի և IPPF կազմակերպության աջակցությամբ «Երիտասարդներին՝ բարյացակամ» առողջապահական ծառայությունների տարբեր մոդելներ են փորձարկվել: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը 2005 թ. հաստատեց հայեցակարգային փաստաթուղթ «Երիտասարդներին՝ բարյացակամ» ծառայությունները առողջապահության համակարգում ներդնելու վերաբերյալ⁵: Այդ հայեցակարգը վկայում է երիտասարդների առողջության, զարգացման և պաշտպանությանն ուղղված հարցերում Հայաստանի կառավարության պատրաստակամության ու խնդրի գերակայության մասին: Սակայն, պետական առողջապահական հաստատություններում դեռևս չկա երիտասարդներին տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների որակի դիտարկումների կանոնակարգված համակարգ:

1.5. ՍՎ առողջության և իրավունքների մասին իրազեկվածությունը և առկա ՍՎԱ ծառայությունների մատչելիությունը

2009-ին ԸԱՀԱ-ն Երևանում և ՀՀ 10 մարզերում իրականացրեց համաճարակաբանական հետազոտություն, որի ժամանակ հարցազրույցներ անցկացվեցին իգական և արական սեռի 14-24 տարեկան ազգային մակարդակով ներկայացուցչական 1400 երիտասարդ մարդկանց շրջանում: Հետազոտության նպատակն էր պարզել սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերում երիտասարդ մարդկանց գիտակցությունը, վերաբերմունքը և կենսափորձը՝ հատկապես կապված բեղմնականխման միջոցների օգտագործման և անցանկալի հղիության ընդհատման հետ: Հանրապետության մարզերում «երիտասարդներին՝ բարյացակամ» որակավորում ստացած բուժհաստատություններում իրականացվեցին նաև հարցազրույցներին մասնակցած քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ 240 երիտասարդների անհատական դեպքերի ուսումնասիրություններ⁶:

Այս հետազոտությունը բացահայտեց, որ հարցմանը մասնակցած սեռական կյանքով ապրող երիտասարդ կանանց (62%) և տղամարդկանց (64%) մեծամասնությունը օգտագործում էին բեղմնականխիչ միջոցներ: Այդուհանդերձ, այդ խմբում ընդգրկված երիտասարդ կանանց շուրջ 16 տոկոսն ունեցել է առնվազն մեկ չնախատեսված հղիություն, իսկ 11 տոկոսը՝ հղիության արհեստական ընդհատման առնվազն մեկ փորձ: Իսկ հարցված տղամարդկանց զուգընկերուհիների շրջանում չնախատեսված հղիության և արբորտի հաճախականությունը ավելի բարձր թվերի էր հասնում՝ 22% և 21% համապատասխանաբար:

Ըստ հարցման և դեպքերի ուսումնասիրությունների արդյունքների՝ չնախատեսված հղիությունների և դրանց արհեստական ընդհատումների հիմնական պատճառը անհաջող բեղմնականխումն է: Այդ երիտասարդներից շատերը կիրառում էին մեկ կամ ավելի անվստահելի միջոցներ, մասնավորապես՝ ընդհատված սեռական ակտը, սպերմիցիդների օգտագործումը, օրացուցային մեթոդը և հեշտոցային ներվազումները, որոնք էլ ձախողվեցին:

Սեռական կյանքով ապրող երիտասարդների շրջանում բեղմնականխման ժամանակակից միջոցների օգտագործումն ավանդականների համեմատությամբ ավելի ցածր է: Բեղմնականխիչ միջոցների մասին տեղեկատվության հիմնական աղբյուրը տարեկիցներն են:

5 «Երիտասարդներին՝ բարյացակամ» բուժծառայություններ: Հայեցակարգային փաստաթուղթ, ՀՀ ԱՆ և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, 2006թ.

6 Մերի Խաչիկյան, «Հայաստանում երիտասարդ անձանց սեռական և վերարտադրողական առողջություն», համազգային հետազոտություն և դեպքերի ուսումնասիրություն, իրականացնող՝ «Հանուն ընտանիքի և առողջության» համահայկական ասոցիացիա» ՀԿ, ֆինանսավորում. ԵՄ/ՄԱԿ մարդկային հիմնադրամ և IPPF/GCACP, Երևան, 2009թ.

Ուսումնասիրության մեջ ընդգրկված երիտասարդ կանանց կեսից ավելին և տղամարդկանց 48%-ը ժամանակակից բեղմնականիսման միջոցներից օգտվելու ցանկության դեպքում հանդիպել են որոշ խոչընդոտների: Երիտասարդ կանանց համար հիմնական խոչընդոտներն են ժամանակակից բեղմնականիսման միջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության պակասը, անմատչելի գները, ինչպես նաև կաշկանդվածությունն ու ամոթի զգացումը բեղմնականիսման միջոցների մասին տեղեկատվություն ստանալու կամ հակաբեղմնավորիչներ գնելու անհրաժեշտության դեպքերում:

Այդ հետազոտությանը մասնակցող երիտասարդները հավատացած են, որ ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու խոչընդոտները վերացնելու հիմնական նախապայմաններն են գաղտնիության ապահովումը (98%), երիտասարդների հանդեպ բարյացակամ վերաբերմունքը (92%) և գների մատչելիությունը (84%): Հարցվող արական սեռի մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով (92%) առողջապահության համակարգում անհրաժեշտ է ներդնել տղամարդկանց համար նախատեսված ՍՎԱ ծառայություններ:

1.6. Բուժծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը

Հղի կանանց տրվող «Ծննդօգնության հավաստագրերը», որոնք ներդրվել են 2008-ից որպես պետության կողմից ծննդաբերության հետ կապված հիվանդանոցային ծախսերի ապահովում, զգալիորեն նպաստեցին բուժծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացմանը:

Այնուամենայնիվ, ֆինանսական ապահովվածությունը մնում է Հայաստանի առողջապահական համակարգի թույլ օղակներից մեկը: Իրականացված ուսումնասիրությունները վկայում են, որ հետազոտված տնային տնտեսությունների մի զգալի հատված ենթարկվում է աղքատացման ռիսկին բուժծառայությունների բարձր գների հետևանքով: Իսկ հարուստների և աղքատների համար բուժծառայությունների մատչելիության անհավասարության մակարդակով Հայաստանը Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրների շարքում առաջիններից մեկն է⁷:

Հայաստանում 2006թ իրականացված տնային տնտեսությունների շրջանում առողջապահական ծախսերի ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ հիվանդների պաշտոնական և ոչ պաշտոնական գումարային վճարները նշանակալիորեն գերազանցել են հանրային առողջապահության ընդհանուր ծախսերը: Այդ հետընթաց երևույթը աղետալի ֆինանսական ազդեցություն է թողնում բնակչության զգալի հատվածի վրա:

Ոչ պաշտոնական բարձր վճարների դեմ պայքարելու և առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը բարձրացնելու նպատակով Հայաստանի կառավարությունը 2011-ին ներդրեց համավճարային համակարգ անհետաձգելի օգնություն և գինեկրողիական ծառայություններ տրամադրող բուժհաստատություններում: 2012թ.-ի վերջին Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոնը Օքսֆամի աջակցությամբ 2013թ. իրականացրեց առողջապահության բյուջեի վերլուծություն և համավճարային համակարգի սոցիալական ազդեցության գնահատում⁸: Բյուջեի վերլուծությունը ցույց տվեց, որ 2013-ի բյուջեում նախատեսված է առողջապահության ոլորտին հատկացնել 72 միլիարդ դրամով կամ 2012-ի բյուջեի 10.5%-ով գերազանցող գումար: Սակայն, հարկային դաշտում իրավական փոփոխությունների և ինֆլյացիայի գործոնների չեզոքացման պայմաններում պարզ է դառնում, որ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորումը նվազել է 2010-2012թ.թ. և մեծ դժվարությամբ է ապահովվելու 2009թ. բուժծառայությունների ծավալը: Բացի այդ, համավճարների համակարգի սոցիալական ազդեցության գնահատման հետազոտությունը բացահայտեց, որ համավճարի միջին գումարը շուրջ 2.3 անգամ գերազանցում է հետազոտության մեջ ընդգրկվածների՝ մեկ շնչին ընկնող ամսական եկամտի չափը: Իրականում, անհետաձգելի բժշկա-

7 <http://www.armradio.am/en/2013/06/25/improving-health-in-armenia-through-cost-effective-measures-and-innovative-financing/>

8 ՏԶԿ և Օքսֆամ, 2013թ. առողջապահության բյուջեի վերլուծություն և Համավճարների համակարգի սոցիալական ազդեցության գնահատում (Քաղաքականության քննարկման փաստաթուղթ), - www.edrc.am

կան ծառայությունների մատչելիությունը նվազել է, իսկ դժվարությունները հիմնականում կրում են բնակչության առավել անապահով խմբերը և երիտասարդ մարդիկ:

1.7. Վերարտադրողական առողջության պարագաներով ապահովվածությունը

2011-ին, IPPF-Եվրացանցի անդամ ընկերությունները, ներառյալ ԸԱՀԱ-ն, նաև գործընկեր կազմակերպությունները, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի (ԱԵԿԱ) տարածաշրջանային գրասենյակի աջակցությամբ հետազոտեցին բեղմնականիչ միջոցների օգտագործման վրա ազդող հիմնական գործոնները ԱԵԿԱ միջին եկամուտ ունեցող յոթ երկրներում:

Ազգային քաղաքականություն մշակողների, հաստատությունների ղեկավարների, ծրագրային պաշտոնյաների և դոնորների հետ իրականացված հարցազրույցները մատնանշեցին, որ այդ յոթ երկրներից յուրաքանչյուրում կառավարությունները թերանում են կատարել իրենց պարտավորությունները բնակչության հանդեպ վերարտադրողական առողջության պարագաներով ապահովման հարցում, ինչը լուրջ խոչընդոտ է ժամանակակից բեղմնականիչման միջոցների օգտագործման համար⁹:

ՀՀ ԱՆ-ը ապահովում է մանկաբարձական դեղորայքի առկայությունը, սակայն ճշ ձեռք է բերում որևէ բեղմնականիչ, ինչ էլ ֆինանսապես մասնակցում է երրորդ կողմի նախաձեռնությամբ դրանց ներմուծմանը: Մինչդեռ, մեկ ամսվա հաշվարկով բեղմնականիչ հաբերի արժեքը կազմում է չհարկված ամսական աշխատավարձի 3.9%, իսկ ինֆլացիայի և ֆինանսական ճգնաժամի առկայության պարագայում դրանց արժեքն ավելի է մեծանում¹⁰:

Վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագրի շրջանակներում ՄԱԿ-ի ազգաբնակչության հիմնադրամը շարունակում է սահմանափակ քանակությամբ ներարգանդային միջոցներ (ՆԱՄ) և կարճաժամկետ բեղմնականիչներ տրամադրել, մասնավորապես՝ պահպանակներ, սպերմիցիդներ, խմելու և ներարկման միջոցով ընդունվող հորմոնալ բեղմնականիչներ: Դրանք ԱՆ-ի և Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոնի (ՊՄԳԿ) կողմից բաշխվում են առողջապահության համակարգում գործող ընտանիքի պլանավորման կաբինետների ցանցին: Սակայն, բեղմնականիչների ապահովումը կանոնակարգված բնույթ չի կրում և չի բխում իրական կարիքներից ու պահանջարկներից: Խոցելի խմբերին պահպանակներ են տրամադրում նաև ՁԻԱՀ-ի ազգային կենտրոնն ու հասարակական կազմակերպությունները:

Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ազգային ծրագրերի շնորհիվ ժամանակակից բեղմնականիչ միջոցներից գյուղաբնակների համար իրականում հասանելի են միայն ներարգանդային պարոյրներն ու տղամարդկանց համար նախատեսված պահպանակները: Մասնավոր հատվածի և դեղատների միջոցով առաջարկվող բեղմնականիչների ցանկն ընդգրկում է միայն պահպանակներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, ներարգանդային միջոցներ, շտապ բեղմնականիչման հաբեր և սպերմիցիդներ: Առևտրային նպատակներով ներկրված ապրանքները ենթակա են ներկրման 20%-անոց տուրքի: Չնայած մանրածախ գները տատանվում են, սակայն, հիմնականում դրանք մատչելի չեն երիտասարդների և ցածր եկամուտ ունեցողների համար: Բեղմնականիչման նոր տեխնոլոգիաները, ինչպես, օրինակ՝ հորմոնային սպեղանիները և հեշտոցային օղակները, նաև ժամանակակից իմպլանտները դեռևս ներկայացված չեն Հայաստանում, թեև դրանց ներկրման համար հատուկ թույլտվություններ չեն պահանջվում: ՄԱԿ-ի ազգաբնակչության հիմնադրամի հաշվետվությունը (2008) մատնանշում է, որ բեղմնականիչ միջոցների պահեստավորման և մատակարարման պե-

9 ԱԵԿԱ յոթ միջին եկամուտ ունեցող երկրներում բեղմնականիչների օգտագործման վրա ազդող հիմնական գործոններ, ՄԱԿ-ի մարդկային հիմնադրամ և IPPF-Եվրացանց, http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/FactSh_Key%20factors%20influencing%20contraceptive%20use_May2012_ENG.pdf

10 ՄԱԿ-ի մարդկային հիմնադրամ, հաշվետվություն (2008)

տական համակարգը թերի է և դեռևս կիրառվում է «հիման» գործոնը:

Բեղմնականիչների ձեռքբերման և բաշխման հետ կապված հիմնական խնդիրը պայմանավորված է պետական բյուջեի անբավարար հատկացումներով: Դեղորայքի պահանջարկն ավելի բարձր է, քան բյուջետային հատկացումները: Ներկայումս քննարկումներ են ընթանում պետական բյուջեի առողջապահության ոլորտի հատկացումների վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, վերարտադրողական առողջության պարագաներով ապահովվածության, դրանց ձեռքբերման և բաշխման ազգային համակարգման մեխանիզմներ և ռազմավարություններ դեռևս չկան և նախատեսված չեն:

1.8. ՍՎԱ ծառայությունների որակի գնահատման ձեռնարկներ և գործնական ուղեցույցներ

Ողջ աշխարհում աճում է մտահոգությունը սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների որակի վերաբերյալ, հատկապես երիտասարդների համար նախատեսված ծառայությունների հանդեպ, ուստի և մեծ է այդ ծառայությունների գնահատման, դրանց մատչելիությունն ու օգտագործումը խթանող արդյունավետ մեխանիզմների մշակման պահանջարկը: 2002-ին Էնջենդեր Հելթ (Engender Health) կազմակերպությունը մշակեց և հրատարակեց «Երիտասարդներին՝ բարյացակամ ծառայություններ. ծառայություններ մատուցողների համար ձեռնարկ»-ը¹¹:

1997-ին IPPF կազմակերպությունը մշակեց «ՍՎԱ որակյալ ծառայությունների տրամադրման բժշկական ուղեցույց» , որը վերջին անգամ թարմացվել է 2005-ին¹²: ՍՎԱ ծառայությունների տրամադրման և որակի գնահատման այդ տեղեկագրական աղբյուրը լայն կիրառություն է ստացել ողջ աշխարհում:

2008-ին IPPF-ը մշակեց չափորոշիչներ և որակի ինքնագնահատման գործնական ուղեցույցներ, որոնց միջոցով հնարավոր է պարզել, թե արդյոք ՍՎԱ ծառայությունը բարյացակամ է երիտասարդների հանդեպ¹³: Միջազգային հանրության կողմից ճանաչվեց որակյալ բուժօժանդակություններ ստանալու երիտասարդների իրավունքը, հատկապես, հատուկ կարիքներ ունեցողների և առավել խոցելի երիտասարդների համար:

2009-ին IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP(+), ICSW և «Դրական երիտասարդներ» կազմակերպությունները համատեղ մշակեցին ՍՎԱ և ՄԻԱՎ-ի փոխկապակցվածության արագ գնահատման ուղեցույց և հարցաշար, որոնք ընդգրկում են այդ խնդիրների հետ կապված քաղաքականության, համակարգերի, ծառայությունների և այլ գործոնների լայն շրջանակ¹⁴: Ընդ որում, երկրներին առաջարկվում է հարցաշարն օգտագործելուց առաջ վերանայել հարցերն ու գնահատման շրջանակը՝ համապատասխանեցնելով դրանք իրենց բնորոշ իրավիճակներին: 2012-ին ԸԱՀԱ-ն՝ UNAIDS-ի աջակցությամբ վերանայեց և փորձարկեց Շիրակի մարզում ՍՎԱ և ՄԻԱՎ-ի փոխկապակցվածության արագ գնահատման այդ հարցաշարը՝ համապատասխանեցնելով այն առկա իրավիճակին և ծրագրի նպատակներին:

IPPF-ը մշակեց նաև կլինիկաների համար նախատեսված աբորտի համապարփակ խնամքի ձեռնարկ, որում ներկայացված են ՍՎԱ տարբեր ծառայություններ տրամադրող (այդ թվում՝ ընտանիքի պլանավորում և ապահով աբորտ) բուժհաստատության հիմնադրման չափորոշիչներն ու գործնա-

11 Engender Health, «Երիտասարդներին՝ բարյացակամ» ծառայություններ: Ծառայություն տրամադրողների ձեռնարկ» <http://www.engenderhealth.org/pubs/gender/youth-friendly-services.php#sthash.eRi59V3n.dpuf>

12 IPPF, “ՍՎԱ ծառայությունների տրամադրման ուղեցույցներ”, 3րդ խմբագրում, 2005, <http://ippf.org/resource/Medical-and-Service-Delivery-Guidelines>

13 IPPF, «Ապրապնդելով «երիտասարդներին՝ բարյացակամ» ծառայությունները», <http://www.ippf.org/resource/Provide-Strengthening-youth-friendly-services>

14 IPPF , UNFPA , WHO, UNAID S, GNP +, IC W and Young Positives,- “ՍՎԱ և ՄԻԱՎ կապակցության արագ գնահատման գործիք: Գեներիկ ուղեցույց”, 2009, http://www.srhivlinkages.org/content/uploads/docs/articles/rapidassessmenttoolsrhlinkages_2009_en.pdf

կան ուղեցույցները¹⁵:

IPPF/IF, IPPF/GCACI, SAAF UNICEF և UNFPA-ի օժանդակությամբ 2006-2012թ.թ. իրականացված մի շարք ծրագրերի շրջանակներում վերը նշված միջազգային գործնական ուղեցույցները հարմարեցվեցին տեղական պահանջներին և փորձարկվեցին ԸԱՀԱ-ի կողմից՝ հնարավորություն տալով գնահատելու բուժառայությունների որակն ու բացահայտելու որակի բարելավման ուղիները:

1.9. Արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու պատրաստվածություն

ԱԵԿԱ երկրները մեծապես հակված են թե՛ բնական (բազմատեսակ բնական վտանգներ, ներառյալ ջրհեղեղներ, երաշտ, անտառային հրդեհներ, երկրաշարժ, ուժեղ քամիներ և սողանքներ) թե՛ մարդածին աղետների, որոնք մշտապես սպառնում են բնակչության, մասնավորապես կանանց և երեխաների կյանքին, առողջությանն ու բարեկեցությանը:

2011-ին տեղի ունեցած Վերարտադրողական առողջության կարիքներին արձագանքման Գլոբալ միջգերատեսչական աշխատանքային խմբի 13-րդ Համագումարում հիմնադրվեց ԱԵԿԱ տարածաշրջանի միջգերատեսչական աշխատանքային խումբ (ԱԵԿԱ ՄԱԽ)՝ արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու պատրաստվածության և մարդասիրական օգնություն տրամադրելու բոլոր ջանքերը լավագույնս համակարգելու նպատակով: Այդ խմբում ներգրավվեցին նաև Հայաստանի ներկայացուցիչները: 2011-2013թ.թ. ընթացքում երկրների ներկայացուցիչները մասնակցեցին ՄԾՆՓ-ի դասավանդողների պատրաստման դասընթացներին:

Արտակարգ իրավիճակներում մարդասիրական օգնություն ցուցաբերելու և ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու պատրաստվածության մասին պատկերացում կազմելու նպատակով ԱԵԿԱ տարածաշրջանի երկրների կողմից իրականացվեց քարտեզագրում, որի արդյունքները ներկայացվեցին ԱԵԿԱ ՄԱԽ-ի առաջին համաժողովին: Տեղի ունեցավ փորձի փոխանակում մարդասիրական օգնություն ցուցաբերելու ժամանակ վերարտադրողական առողջության կարիքներին արձագանքման հիմնական ուղեցույցի՝ «Սկզբնական ծառայությունների նվազագույն փաթեթ»-ի (ՄԾՆՓ) վերաբերյալ: Քննարկվեցին նաև ՄԾՆՓ-ի ինտեգրման մոտեցումները, առաջընթացն ու հետագա ծրագրերը: Ի դեպ, ներկայումս IPPF-EN-ը մշակում է տարածաշրջանին հարմարեցված ՄԾՆՓ:

15 IPPF, “Համապարփակ հարաբերության խնամք: ուղեցույցներ և գործիքներ կլինիկաների համար”, 2012, http://en.reprochoice.org/2012-05-16_ippf_for-clinics.aspx

2 ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

2.1. Նպատակ և խնդիրներ

Ընդհանուր նպատակ

Սույն հետազոտության ընդհանուր նպատակն է վեր հանել Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում բնակվող իգական և արական սեռի երիտասարդ մարդկանց սեռական և վերարտադրողական իրավունքների և առողջության խթանման խոչընդոտները, հատկապես նրանք, որոնք անմատչելի են դարձնում այդ հարցերի շուրջ հավաստի տեղեկությունը, սեռական դաստիարակությունը, հնարավորինս որակյալ բուժօժանայությունները և անհետաձգելի բուժօգնությունը:

խնդիր 1:

Ստանալ որակական տվյալներ Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի քաղաքային 2 և գյուղական 8 համայնքներում բնակվող երիտասարդ մարդկանց ՍՎԱ հարցերի հետ կապված գիտելիքների, վերաբերմունքի, վարքագծի, նաև նրանց կյանքի փորձի մասին, մասնավորապես, սեռական դաստիարակություն, ՍՎԱ հարցերի շուրջ հավաստի տեղեկատվություն, բուժօժանայություններ և անհետաձգելի բուժօգնություն ստանալիս՝ իրականացնելով քննարկումներ թիրախային խմբերում.

- ♦ 15-24 տարեկան իգական և արական սեռի 50 երիտասարդ մարդկանց հետ.
- ♦ 24 տարեկանից բարձր իգական և արական սեռի 50 անձանց հետ:

խնդիր 2:

Գնահատել թիրախ քաղաքային և գյուղական բուժհաստատությունների կողմից երիտասարդ մարդկանց տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների որակը, ինչպես նաև բուժհաստատությունների պատրաստվածությունը՝ արձագանքելու երիտասարդների ՍՎԱ կարիքներին առօրյա կյանքում և արտակարգ իրավիճակներում, իրականացնելով.

- ♦ Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի քաղաքային 2 և գյուղական 8 թիրախ համայնքների բուժհաստատությունների ՍՎԱ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ փոխկապակցված ծառայությունների որակի և արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածության մակարդակի արագ գնահատում:

2.2. Թիրախ համայնքներ և դրանց բնակչությունը¹⁶

Այս հետազոտության թիրախն են հանդիսացել Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի քաղաքային 2 և գյուղական 8 համայնքներ, մասնավորապես.

Շիրակի մարզ.

- ♦ ք. Գյումրի, 145.939 բնակչությամբ
- ♦ գ. Ախուրիկ, 1238 բնակչությամբ
- ♦ գ. Ամասյա, 2210 բնակչությամբ
- ♦ գ. Հայկավան, 1531 բնակչությամբ
- ♦ գ. Պենգաշեն, 3322 բնակչությամբ

Վայոց Ձորի մարզ.

- ♦ ք. Եղեգնաձոր, 8235 բնակչությամբ
- ♦ գ. Աղաձոր, 1397 բնակչությամբ
- ♦ գ. Արենի, 1896 բնակչությամբ
- ♦ գ. Մալիշկա, 5370 բնակչությամբ
- ♦ գ. Ռինդ, 1506 բնակչությամբ:

¹⁶ Բնակչությունը հաշվարկված է 2012թ. հունվարի 1-ի դրությամբ (ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, 2012թ.)

2.3. Քննարկումներ թիրախ խմբերում¹⁷

Ժամկետները.

Թիրախ համայնքների երիտասարդության և ավելի հասուն տարիքի մարդկանց շրջանում իրականացված խմբային քննարկումները սկսվեցին 2013թ. փետրվարին և ավարտվեցին 2013թ. մայիսին:

Հետազոտական խումբը.

Հետազոտական խումբը կազմված էր ՍՎԱ և սեռականության թեմաներով թիրախ խմբերում քննարկումների միջոցով որակական հետազոտության փորձ ունեցող ԸԱՀԱ-ի անձնակազմից ու կամավորներից:

Մասնակիցների ընտրությունը.

Մասնակիցների ընտրության հիմքում ընկած էին սահմանված չափանիշներին համապատասխանությունը և սեռականության ու ՍՎԱ հարցերի շուրջ քննարկումներին մասնակցելու տեղեկացված համաձայնությունը: Մասնակցությունը միանգամայն կամավոր էր, իսկ վստահելիության և գաղտնիության սկզբունքները երաշխավորվում էին:

Սահմանված չափանիշներին համապատասխանող մասնակիցները հայտնաբերվել և հանդիպման են հրավիրվել բուժհաստատությունների և կրթական ոլորտի ղեկավարության, ինչպես նաև մարզերում բնակվող ԸԱՀԱ-ի կամավորների աջակցությամբ:

Փորձ է արվել յուրաքանչյուր խմբում ունենալ սեռերի հավասար ներկայացվածություն, սակայն դա միշտ չէ, որ եղել է հնարավոր, հատկապես Շիրակի մարզի գյուղական համայնքներում: Սա, հավանաբար, տղամարդկանց շրջանում արտագաղթի և աշխատանքային միգրացիայի բարձր ցուցանիշների արտացոլումն է:

24 տարեկանից բարձր տարիքի մասնակիցների ընտրության չափանիշները.

Քննարկումներին կարող էին մասնակցել 24 տարեկանից բարձր տղամարդիկ և կանայք, որոնք ապրում, աշխատում կամ սովորում էին թիրախ համայնքում առնվազն մեկ տարի, տեղեկացված էին հետազոտության նպատակների մասին և մասնակցության ցանկություն էին հայտնում:

Երիտասարդ մասնակիցների ընտրության չափանիշները.

Քննարկումներին կարող էին մասնակցել 15-24 տարեկան աղջիկները/երիտասարդ կանայք կամ տղաները/երիտասարդ տղամարդիկ, որոնք ապրում, աշխատում կամ սովորում էին թիրախ համայնքում առնվազն մեկ տարի, տեղեկացված էին հետազոտության նպատակների մասին և մասնակցության ցանկություն էին հայտնում: Անչափահասները (18-ից փոքր տարիքի երիտասարդները) կարող էին մասնակցել քննարկումներին միայն ծնողի/խնամակալի տեղեկացված համաձայնությամբ:

Քննարկում վարողները և գրառումներ կատարողները.

Քննարկումները վարեցին ԸԱՀԱ-ի տնօրեն և ծրագրի ղեկավար Մերի Խաչիկյանը և ծրագրի համակարգող Էդուարդ Հովհաննիսյանը: ԸԱՀԱ-ի կամավորներ Պանկաջ Սինքը, Վանդա Յաղոբյանը և ԸԱՀԱ-ի աշխատակից Մերի Հակոբյանը կատարեցին գրառումներ և լուսանկարահանման և տեսաձայնագրման միջոցներով փաստագրեցին հանդիպումները՝ մասնակիցների տեղեկացված համաձայնություն ձեռք բերման դեպքում:

¹⁷ Խմբային քննարկումների ուղեցույցը մշակվել է հետազոտական խմբի կողմից

Նպատակների ներկայացումը.

Թիրախ համայնքների երիտասարդության և հասուն տարիքի մարդկանց շրջանում իրականացված խմբային քննարկումները սկսվում էին հետազոտական խմբի, ընդգրկված կազմակերպությունների, իրականացվող ծրագրի և քննարկումների նպատակների ներկայացմամբ: Մասնակիցներն իրազեկվում էին, որ ԸԱՀԱ-ն (IPPF-ի Հայաստանի մասնաճյուղը) և Օքսֆամի Հայաստանի մասնաճյուղը նախաձեռնել են պիլոտային ծրագիր, որի նպատակն է խթանել երիտասարդ մարդկանց, հատկապես աղջիկների, քաղաքացիական ակտիվությունը և մասնակցությունը իրենց առողջության և կենսամակարդակի բարձրացմանն ուղղված, նաև գերակայությունների բացահայտման ծրագրերի մշակման և կառավարման հարցերում: Ներկայացվում էր ծրագրի հեռահար նպատակը, այն է.

1. Հայաստանի յուրաքանչյուր երիտասարդ քաղաքացի հնարավորություն ունենա ստանալու տարիքին և մշակույթի համատեքստին համահունչ տեղեկատվություն և կրթություն սեռական առողջության և սեռականության հարցերի շուրջ,
2. անցանկալի հղիությունից խուսափելու անհրաժեշտության դեպքում կարողանա ընտրել, ձեռք բերել և կիրառել վստահելի և ապահով բեղմնականխման միջոցներ,
3. պաշտպանված լինել անապահով պայմաններում իրականացվող աբորտից,
4. իրազեկված լինել սեռավարակների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի մասին,
5. հնարավորություն ունենա ստանալու որակյալ և երիտասարդներին՝ բարյացակամ ՍՎԱ բուժ-ծառայություններ,
6. պատրաստ լինել արձագանքելու ՍՎԱ կարիքներին արտակարգ իրավիճակներում:

Քննարկում վարողները նշում էին, որ հետազոտական խումբը ցանկանում է մասնակիցների օգնությամբ բացահայտել իրենց համայնքներում առկա այն գործոնները, որոնք խոչընդոտում են երիտասարդ մարդկանց սեռական և վերարտադրողական իրավունքների և առողջության խթանման գործընթացը:

Քննարկումները սկսվում էին անմիջական մթնոլորտ ստեղծող վարժությամբ կամ իրական դեպքի վերլուծությամբ:

Քննարկման թեմաները և խնդիրները

1. Սեռական վարքագիծ
 - ◆ Տղաների և աղջիկների տարիքը առաջին սեռական հարաբերության և առաջին ամուսնության ժամանակ
 - ◆ Մինչամուսնական կուսության ավանդույթ
 - ◆ Տղաների և աղջիկների սեռական վարքագծի տարբերություններ
 - ◆ Անապահով սեռական վարքագծի հետ կապված ՍՃՓՎ-ների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վտանգներ:
2. Սեռական դաստիարակության հասանելիություն
 - ◆ Հանրակրթական դպրոցներում սեռական դաստիարակության, որպես պարտադիր առարկայի, անհրաժեշտությունը
 - ◆ Հանրակրթական դպրոցների սեռական դաստիարակության ծրագրերում ընդգրկված թեմաները
 - ◆ Համապարփամբ է, արդյոք, սեռական դաստիարակության դպրոցական ծրագիրը
 - ◆ Հանրակրթական դպրոցներում սեռական դաստիարակության ծրագրի ներդրման խոչընդոտները և դրանց հաղթահարման ուղիները
 - ◆ Աշակերտների տարիքին համապատասխան դասագրքերի և նյութերի առկայությունը
 - ◆ Աշակերտների և ուսուցիչների հաղորդակցվելը միմյանց հետ
 - ◆ Դեռահասների հաղորդակցվելը ծնողների հետ
 - ◆ Դեռահասների հաղորդակցվելը տատիկ-պապիկների, եղբայրների և քույրերի հետ:

3. Համակարգչային գրագիտություն, համացանցի և մեդիայի մատչելիություն
 - ◆ Տիրապետում համակարգչին, համացանցի և մեդիայի մատչելիություն
 - ◆ Հեռահաղորդակցության մատչելիություն. Օրանժ, Վիվա-Սել, Բիլայն և այլ ընկերությունների միջոցով
 - ◆ Առավել մասսայականություն ունեցող համացանցային կայքեր, հեռուստատեսության և ռադիոյի ալիքներ
 - ◆ Կարծիքներ սեռականության և ՍՎ առողջության հարցերի շուրջ առ-ցանց կրթություն ստանալու հնարավորության վերաբերյալ:
4. Տեղեկատվական այլ աղբյուրներ:
5. Կարծիքներ տարեկիցների ուսուցանման վերաբերյալ:
6. Ժամանակակից բեղմնականխման մեթոդների տրամադրման և անվտանգ աբորտների ծառայությունների մատչելիությունը
 - ◆ Իրազեկվածություն անցանկալի հղիության կանխարգելման վստահելի միջոցների մասին
 - ◆ Կարծիքներ բեղմնականխման տարատեսակ մեթոդների հուսալիության, ապահովության, մատչելիության և օգտագործման հեշտության մասին
 - ◆ Երբևէ օգտագործված բեղմնականխման միջոցները և դրանց օգտագործման փորձը
 - ◆ Կարծիքներ ընդհատված սեռական հարաբերության օգտագործման մասին՝ որպես բեղմնականխման մեթոդի
 - ◆ Գործոններ, որոնք խոչընդոտում են երիտասարդ մարդկանց կողմից բեղմնականխման ժամանակակից մեթոդների կիրառումը
 - ◆ Իրավիճակը համայնքներում՝ կապված աբորտների կիրառման հետ
 - ◆ Կանանց և տղամարդկանց տեսակետները արհեստական աբորտների վերաբերյալ
 - ◆ Ապահով աբորտի ծառայությունների առկայությունը
 - ◆ Իրազեկվածություն աբորտի ժամանակակից տեխնոլոգիաների մասին, մասնավորապես՝ ձեռքային վակուումային ասպիրացիաի և դեղորայքով դրդված աբորտի, այդ թվում դրանց արժեքի և անվտանգության մասին
 - ◆ Գաղտնիության և վստահելիության մթնոլորտի ապահովման մակարդակը աբորտի հետ կապված ծառայություններ տրամադրելիս:
7. ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ին վերաբերող ծառայությունների մատչելիությունը, այդ թվում՝ կամավոր խորհրդատվություն և թեստավորում (ԿԻՏԹ).
 - ◆ Իրազեկվածություն ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ի առկա ծառայությունների վերաբերյալ
 - ◆ ՍՃՓՎ /ՄԻԱՎ-ի ծառայությունների մատչելիության խոչընդոտներ
 - ◆ Կարծիքներ երիտասարդներին տրամադրվող ծառայությունների բարյացակամության, այդ թվում դրանց վստահելիության ու գաղտնիության ապահովման մասին
 - ◆ Պահպանակների մատչելիություն և դրանց օգտագործման իմացություն:
8. Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու պատրաստվածության մակարդակը.
 - ◆ Արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու պատրաստվածություն
 - ◆ Կարծիքներ արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածության բարելավման ուղիների վերաբերյալ
 - ◆ Կարծիքներ արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու գործին երիտասարդների մասնակցության անհրաժեշտության վերաբերյալ
 - ◆ Երիտասարդների ցանկությունը մասնակցելու արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու գործին:

«Երիտասարդները՝ երիտասարդներին» (Ե՛Ե) համացանցի ներկայացում և անդամության թեկնածուների առաջադրում

- ♦ Տեղեկատվություն «Ե՛Ե» նախաձեռնության վերաբերյալ
- ♦ «Ե՛Ե» համացանցի անդամության չափանիշներին համապատասխանող երիտասարդ թեկնածուների առաջադրում:

Հաղորդակցման մթնոլորտը.

Մասնակիցները բաժանվեցին փոքր խմբերի, և հատուկ վարժությունների միջոցով ստեղծվեց անկաշկանդ հաղորդակցվելու մթնոլորտ: Դրա արդյունքում երիտասարդ մարդկանց մեծամասնությունը ակտիվորեն մասնակցեց քննարկումներին՝ բացահայտ արտահայտելով իրենց կարծիքն ու վերաբերմունքը քննարկվող թեմաների շուրջ: Այնուամենայնիվ, մի քանի աղջիկների մոտ որոշ կաշկանդվածություն էր նկատվում որոշ թեմաների շուրջ քննարկումների ժամանակ:

Տևողությունը.

Հանդիպումները տևել են շուրջ 1.5-2.0 ժամ:

2.4. Երիտասարդներին տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների որակի արագ գնահատում

Ժամկետները

Թիրախ բուժհաստատությունների արագ գնահատման գործընթացը սկսվել է 2013թ. փետրվարին և ավարտվել 2013թ. մայիսին:

Երիտասարդ մարդկանց տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների որակի արագ գնահատման գործընթացը:

Թիրախ բուժհաստատությունները

Շիրակի մարզում. Գյումրու ծննդատուն, Ամասիայի առողջության կենտրոն, Պեմզաշենի առողջության կենտրոն, Ախուրիկի բժշկական ամբուլատորիա և Հայկավանի ԲՄԿ:

Վայոց Ձորի մարզում. Եղեգնաձորի առողջության կենտրոն, Արենու ԱԱՊ կենտրոն, Աղաձաձորի ԱԱՊ կենտրոն, Մալիշկայի ԱԱՊ կենտրոն և Ռինդի ԲՄԿ:

Նախապատրաստական գործողություններ

Նախքան կլինիկական բուժօժանայությունների մակարդակում արագ գնահատումն անցկացնելը, հետազոտական խումբը գրասենյակային պայմաններում ուսումնասիրեց տպագրված և համացանցում տեղադրված նյութերը, ինչն էլ հիմք հանդիսացավ առկա իրավիճակի և հետազոտության արդյունքների վերլուծության և վերջնական հաշվետվության պատրաստման համար (տես՝ Գլուխ I):

Բուժօժանայությունների որակի գնահատման ուղեցույց

Ուսումնասիրելով բուժօժանայությունների որակի գնահատման առկա միջազգային ուղեցույցների շրջանակն և հարցաշարերի բովանդակությունը՝ ԸԱՀԱ-ի հետազոտական խումբը մշակեց մեր երկրի կարիքներին, տեղական հանգամանքներին և սույն հետազոտության նպատակներին հարմարեցված երիտասարդներին տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների բարյացակամության մակարդակի արագ գնահատման և հավաստագրման ուղեցույց և համապատասխան հարցաշարեր:

Դրա նպատակն էր դիտարկել երիտասարդների համար տրամադրվող ՍՎԱ և ՄԻԱՎ-ի հետ առնչվող ծառայությունների որակը, մատչելիությունն ու օգտագործումը, նաև պարզել անհետաձգելի օգնություն պահանջող իրավիճակներում (օրինակ՝ բռնաբարություն կամ այլ բռնություն, արգանդային արյունահոսություն, վիժում և այլն) բուժհաստատության կողմից արդյունավետ ՍՎԱ ծառայություններ տրամադրելու պատրաստվածությունը՝ ինչպես առօրյայում, այնպես էլ բնական

կամ մարդածին աղետների ժամանակ:

Սույն հետազոտության ընթացքում օգտագործվել են.

ա/ Բուժհաստատության ղեկավարի հետ հարցազրույց անցկանցնելու հարցաշար,

բ/ Բուժաշխատողների հետ հարցազրույց անցկանցնելու հարցաշար,

գ/ Բուժհաստատությունից ելնող այցելուների հետ հարցազրույց անցկանցնելու հարցաշար,

դ/ Երիտասարդներին տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների բարյացակամության մակարդակի դիտարկման և հավաստագրման ստուգաթերթիկ:

Հետազոտական խումբը

Գնահատման խումբը կազմված էր IPPF-ի հայաստանյան մասնաճյուղի/ ԸԱՀԱ-ի անձնակազմից ու կամավորներից, որոնք ունեին ՍՎԱ և ՄԻԱՎ հարցերի շուրջ հետազոտություններ իրականացնելու փորձ, ինչպես նաև գիտելիքներ արտակարգ իրավիճակներում վերարտադրողական առողջության կարիքներին արձագանքման ուղեցույցի՝ «Սկզբնական ծառայությունների նվազագույն փաթեթ»-ի (ՍՄՆՓ) վերաբերյալ: Խմբի անդամներն էին՝ ԸԱՀԱ-ի տնօրեն և ծրագրի ղեկավար Մե-րի Խաչիկյանը, ԸԱՀԱ-ի ծրագրի համակարգող Էդուարդ Հովհաննիսյանը, ԸԱՀԱ-ի կամավորներ Պանկաջ Սինգը և Վանդա Յաղոբյանը և ԸԱՀԱ-ի օգնական Մերի Հակոբյանը:

Ներածություն

Արագ գնահատումը սկսվել է բուժհաստատության ղեկավարին և անձնակազմին հետազոտական խմբի, ներգրավված կազմակերպությունների և այցելության նպատակի ներկայացմամբ: Նշվել է, որ այս գործողությունը միտված է բուժհաստատությանն ու նրա առաքելությանն աջակցելուն և չի հետապնդում որևէ պատժիչ նպատակ: Հատկապես կարևորվել է, որ հետազոտական խումբն ակնկալում է իրենցից տեղեկանալ երիտասարդներին ցուցաբերվող ՍՎԱ և ՄԻԱՎ/ՍՃՓՎ ծառայությունների առկայության և որակի մասին, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներում դրանք ցուցաբերելու պատրաստվածության մասին: Խմբի ներկայացուցիչները հավաստիացրել են, որ պատասխաններն օգտագործվելու են միայն հետազոտության նպատակների համար և կպահվեն գաղտնի: Նրանք նաև նշել են, որ անկեղծ պատասխանները կօգնեն խմբին բացահայտելու ՍՎԱ ծառայությունների մատչելիության խոչընդոտները և դրանք հաղթահարելու ուղիները:

Գնահատումը

Հետազոտական խումբն աշխատել է հանդիպել հնարավորինս մեծ թվով բուժաշխատողների հետ, հանդիպել է նաև բուժհաստատությունից ելնող այցելուների հետ, պարզելու համար նրանց կարծիքը տրամադրված ծառայությունների մասին, և թե որտեղ բարելավումների կարիք կա: Բուն ծառայությունների տրամադրման պահերը դիտարկելիս հետազոտողները այցելուներից նախապես հայցել են ներկա գտնվելու թույլտվությունը, բացատրելով՝ ովքեր են իրենք և ինչ նպատակ են հետապնդում: Գնահատման ընթացքում գրառումներ կատարողները լրացրել են դիտարկման ստուգացուցակը և անհրաժեշտության դեպքում կատարել նշումներ ու համապատասխան մեկնաբանություններ: Արդյունքները ներկայացվել են հաստատության ղեկավարին և բուժաշխատողներին: Ըստ անհրաժեշտության՝ արվել են առաջարկություններ բարելավումների նպատակով:

Խմբի անդամները կատարել են ծայնագրումներ, լուսանկարահանումներ և տեսագրումներ՝ նախապես ստանալով տեղեկացված համաձայնություն:

Ծառայությունների որակի հավաստագրումը

Ելնելով թիրախ առաջնային և երկրորդային մակարդակի բուժհաստատությունների արագ գնահատման արդյունքներից՝ հետազոտական խումբն իրականացրեց ծառայությունների որակի հավաստագրում: Այդ հավաստագրման հիմքում ընկած են բուժծառայությունների որակի միջազգային չափորոշիչները՝ ըստ ստորև նշված 10 հիմնական կատեգորիաների.

1. Բուժհաստատության ենթակառուցվածքը, ներառյալ ներքին գործառույթներն ու վարչական ընթացակարգը.
2. Տրամադրվող բուժճանաչությունների նվազագույն փաթեթը, ներառյալ խորհրդատվությունը դեռահասության շրջանի, սեռականության, ընտանիքի պլանավորման, վիժումների, աբորտների, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ և ՍՃՓՎ-ների հարցերի շուրջ և անհետաձգելի բուժօգնությունը.
3. Այցելուների հոսքը, հատկապես երիտասարդների այցելությունները.
4. Շինության տեղակայումն ու հեռավորությունը, սենյակների հարմարությունները, այդ թվում՝ սպասասրահի, մատենագրման, խորհրդատվական, բուժզնման, միջամտությունների, ապաքինման, գործիքների մշակման և պահպանման սենյակների, ինչպես նաև բեղմնականխման միջոցների և պարագաների պահեստավորման հարմարությունները.
5. Գինեկոլոգիական հետազոտության և միջամտությունների համար նախատեսված սարքավորումների, դեղորայքի ու պարագաների առկայությունը.
6. Անհետաձգելի օգնության ընթացակարգերը, անհրաժեշտ սարքավորումների ու դեղորայքի ապահովվածությունը.
7. Բժշկական այլ պարագաների, դեղորայքի և բեղմնականխիչների առկայությունը.
8. Կառավարման համակարգերը.
9. Բուժաշխատողների և անձնակազմի առկայությունը, նրանց հմտությունները, վերաբերմունքն ու կարեկցանքը հիվանդների և այցելուների հանդեպ.
10. Բժշկական գրանցումների և հաշվետվությունների որակը:

3 ԹԻՐԱԿԻ ԽՄԲԵՐՈՒՄ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲԱՅԱՀԱՅՏՈՒՄՆԵՐ

3.1. Հետազոտության մասնակիցների ընդհանուր բնութագրերը

2013թ. փետրվար-մայիս ժամանակահատվածում Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի 15-24 տարեկան 65 երիտասարդ և 24 տարեկանից բարձր 63 քաղաքացի կամավոր կերպով մասնակցեցին ԸԱՀԱ-ի կողմից կազմակերպված խմբային քննարկումներին, որոնք վերաբերում էին երիտասարդների սեռականության, սեռական և վերարտադրողական առողջության և իրավունքների խնդիրներին, որի ժամանակ հատուկ ուշադրություն էր դարձվում այդ հարցերի շուրջ երիտասարդների գիտելիքներին և վերաբերմունքին, սեռական վարքագծին, ինչպես նաև նրանց կենսափորձին՝ վստահելի տեղեկատվության, սեռական դաստիարակության, ինտեգրացված ՍԿԱ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ծառայությունների և անհետաձգելի բուժօգնության մատչելիության հարցերին:

Նախապես պլանավորված 100 մասնակիցների փոխարեն հետազոտությանը մասնակցեցին 128-ը, քանի որ քննարկումներին միանալու ցանկություն հայտնեցին քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ այլ վայրերից տեղափոխված և թիրախ համայնքներում ներկայումս բնակվող կամ սովորող լրացուցիչ մարդիկ:

Ա. Երիտասարդ մասնակիցների բնութագրերը

Սեռը

Թեև հետազոտական խումբը փորձում էր քննարկումների ժամանակ ապահովել սեռերի հավասար մասնակցություն, սակայն միշտ չէ, որ դա հնարավոր եղավ: Դժվարությունը կայանում էր նրանում, որ պատանիներն ու երիտասարդ տղամարդիկ կամ զբաղված էին, կամ էլ բացակայում էին համայնքից: Ուստի հետազոտության 16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը (78% կամ 65-ից 51-ը) իգական սեռի ներկայացուցիչներ էին:

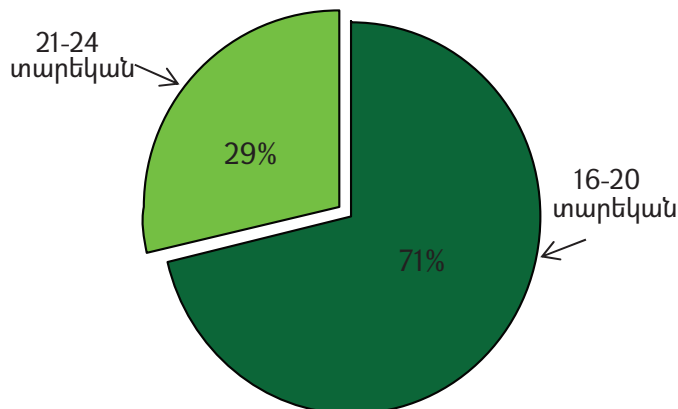
Տարիքը

46 մասնակիցներ (71%) 16-20 տարեկան էին և 19-ը (29%)՝ 21-24 տարեկան (Պատկեր 3.1).

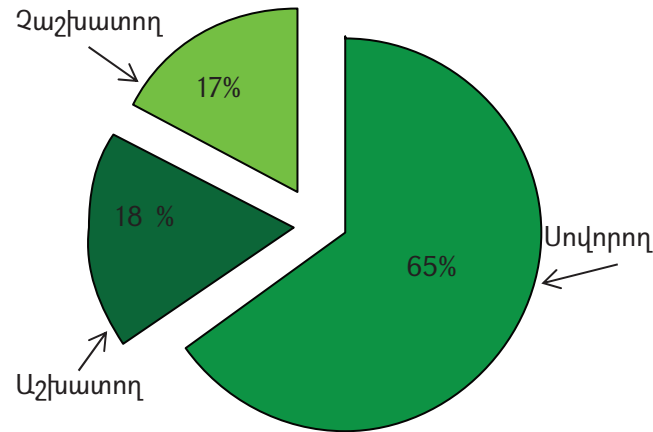
Զբաղվածությունը

Շիրակի և Վայոց Ձորի դպրոցներում, քոլեջներում կամ համալսարաններում սովորողները կազմում էին մասնակիցների ամենամեծ խումբը (65%): Տասներկու երիտասարդներ (18%) աշխատում էին կամ կատարում պաշտոնապես չգրանցված տնտեսական գործունեություն, հիմնականում՝ գյուղատնտեսական ապրանքների առևտրի ասպարեզում: Մնացած երիտասարդների 17% չեն նշել որևէ զբաղվածություն (Պատկեր 3.2.):

Պատկեր 3.1. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի երիտասարդ մասնակիցների տոկոսային բաշխումն ըստ տարիքի (n=65)



Պատկեր 3.2. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի երիտասարդ մասնակիցների տոկոսային բաշխումն ըստ գրադվածության (n=65)



Բնակավայրը

Հետազոտության մեջ ընդգրկված երիտասարդների խումբը կազմված էր Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի քաղաքային և գյուղական թիրախ համայնքներում առնվազն մեկ տարի բնակվող աղջիկներից և տղաներից, երիտասարդ կանանցից և տղամարդկանցից: Այլ քաղաքներից և գյուղերից թիրախ համայնքներ տեղափոխված մասնակիցները, որոնք առնվազն վերջին մեկ տարվա ընթացքում աշխատում կամ սովորում էին այնտեղ, ընդգրկվել են «այլ գյուղական» կամ «այլ քաղաքային» համայնքների խմբերում (Աղյուսակ 3.1):

Աղյուսակ 3.1 Երիտասարդ մասնակիցների քանակական բաշխումն ըստ բնակավայրերի (n=65)

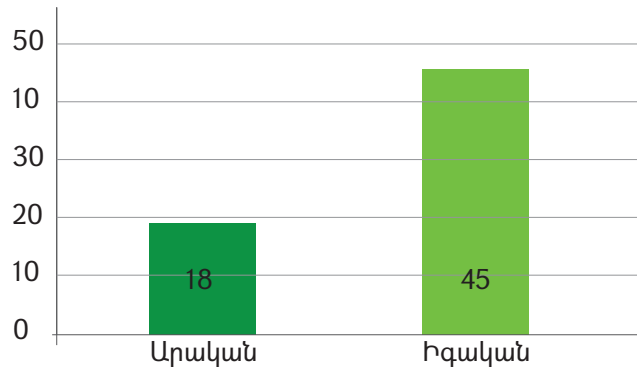
N	Քաղաք կամ գյուղ	Մասնակիցների թիվը
Շիրակի մարզ		
1	Քաղաք Գյումրի և այլ քաղաքային համայնքներ	11
2	Գյուղ Ախուրիկ	5
3	Գյուղ Ամասիա	5
4	Գյուղ Հայկավան	4
5	Գյուղ Պեմզաշեն	6
6	Այլ գյուղական համայնքներ	8
	Ընդամենը	39
Վայոց Ձորի մարզ		
1	Քաղաք Եղեգնաձոր և այլ քաղաքային համայնքներ	6
2	Գյուղ Աղաձաձոր	4
3	Գյուղ Արենի	4
4	Գյուղ Մալիշկա	4
5	Գյուղ Ռինդ	5
6	Այլ գյուղական համայնքներ	3
	Ընդամենը	26
	Ընդհանուր թիվը	65

Բ. 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների բնութագրերը

Սեռը

Խմբային քննարկումներին 24-ից բարձր տարիքի տղաների և տղամարդկանց մասնակցությունը դժվար էր ապահովել, քանի որ նրանցից շատերը չէին բնակվում իրենց համայնքներում: Արդյունքում, արական սեռի մասնակցությունը կազմեց ընդամենը 29%, իսկ մեծամասնությունը (71%-ը, այսինքն 63-ից 45-ը) իգական սեռի ներկայացուցիչներն էին (Պատկեր 3.3):

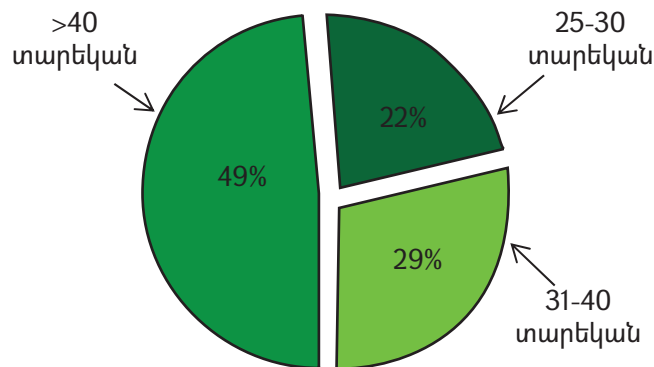
Պատկեր 3.3. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների բաշխումն ըստ սեռի (n=63)



Տարիքը

Մասնակիցների շուրջ կեսը (49%) 40-ից բարձր տարիքի էին (Պատկեր 3.4):

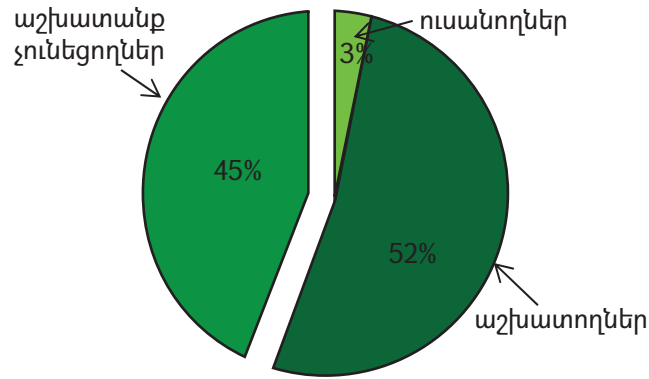
Պատկեր 3.4. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների տոկոսային բաշխումն ըստ տարիքային խմբերի (n=63)



Զբաղվածությունը

Մասնակիցների շուրջ 45% չունեին որևէ զբաղվածություն, ինչն անուղղակի կերպով վկայում էր Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում առկա գործազրկության բարձր ցուցանիշների մասին: Մինչդեռ մասնակիցների ավելի քան կեսը (52%) ունեին աշխատանք կամ անհատ ձեռներեցներ էին գյուղատնտեսության ոլորտում (Պատկեր 3.5): Զբաղվածություն ունեցողների մեծամասնությունը կանայք էին, որոնք իրենց աշխատանքով աջակցում էին իրենց ընտանիքների նյութական կարիքների բավարարմանը:

Պատկեր 3.5. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների տոկոսային բաշխումն ըստ գրադավածության (n=63)



Բնակավայրը

Հետազոտության մեջ կամավոր կերպով ընդգրկված 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների խումբը կազմված էր Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի քաղաքային և գյուղական թիրախ համայնքներում առնվազն մեկ տարի բնակվող իգական և արական սեռի ներկայացուցիչներից:

Այլ քաղաքներից և գյուղերից եկած այն մասնակիցները, որոնք թիրախ համայնքներում աշխատում կամ սովորում էին առնվազն մեկ տարի, ընդգրկվեցին «այլ գյուղական» կամ «այլ քաղաքային» խմբերում: Մասնակիցների բաշխումն ըստ բնակավայրերի ներկայացված Աղյուսակ 3.2-ում:

Աղյուսակ 3.2. Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների քանակական բաշխումն ըստ բնակավայրերի (n=63)

N	Քաղաք կամ գյուղ	Մասնակիցների թիվը
Շիրակի մարզ		
1	Քաղաք Գյումրի և այլ քաղաքային համայնքներ	7
2	Գյուղ Ախուրիկ	5
3	Գյուղ Ամասիա	5
4	Գյուղ Հայկավան	5
5	Գյուղ Պեմզաշեն	6
6	Այլ գյուղական համայնքներ	4
	Ընդամենը	32
Վայոց Ձորի մարզ		
1	Քաղաք Եղեգնաձոր և այլ քաղաքային համայնքներ	6
2	Գյուղ Աղաձիսաձոր	5
3	Գյուղ Արենի	5
4	Գյուղ Մալիշկա	5
5	Գյուղ Ռինդ	8
6	Այլ գյուղական համայնքներ	2
	Ընդամենը	31
	Ընդհանուր թիվը	63

3.2. Գենդեր, սեռական վարքագիծ և ընտանիքի կազմավորում

Այս հետազոտության արդյունքում բացահայտվեցին թիրախ համայնքներին բնորոշ համընդհանուր այն գործոնները, որոնցով պայմանավորված են գենդերային փոխհարաբերություններն ու գերիշխանությունները, ինչպես նաև երիտասարդների սեռական վարքագիծն ու ընտանիք կազմելու նախապատվությունները:

Ա. Տարիքը առաջին սեռական հարաբերության և առաջին ամուսնության ժամանակ

Երկու մարզերից հետազոտության մեջ ընդգրկված երիտասարդների և 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով տղաներն իրենց առաջին սեռական հարաբերությունն ունենում են ամուսնությունից առնվազն 5 տարի առաջ և 3-4 տարով ավելի վաղ, քան աղջիկները: Մասնակիցների պատասխաններում՝ տարիքային առումով կային շատ աննշան տարբերություններ (Աղյուսակ 3.3):

Աղյուսակ 3.3. Տղաների և աղջիկների տարիքը առաջին սեռական հարաբերության և առաջին ամուսնության ժամանակ

Հարցադրումներ և պատասխաններ	Համընդհանուր պատասխաններ	
	Շիրակի մարզ	Վայոց Ձորի մարզ
Տղաների տարիքը առաջին սեռական հարաբերության ժամանակ		
16-24 տարեկան արական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	15-16	15-16
16-24 տարեկան իգական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	17-18	18-19
Աղջիկների տարիքը առաջին սեռական հարաբերության ժամանակ		
24-ից բարձր տարիքի արական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	18-20	19-20
24-ից բարձր տարիքի իգական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	20-22	19-21
Տղաների տարիքը առաջին ամուսնության ժամանակ		
16-24 տարեկան արական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	24-26	23-25
16-24 տարեկան իգական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	24-26	23-25
Աղջիկների տարիքը առաջին ամուսնության ժամանակ		
24-ից բարձր տարիքի արական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	21-23	20-22
24-ից բարձր տարիքի իգական սեռի մասնակիցների պատասխաններ	20-22	21-23

Բ. Աղջիկների մինչամուսնական կուսությունը

Հասարակությունն ու ընտանիքը ընդունելի են համարում մինչամուսնական սեռական հարաբերությունները տղաների պարագայում, մինչդեռ աղջիկներինը համարվում է միանգամայն անընդունելի: Երկու մարզերի 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցները ասում էին, որ պատանիները առաջին անգամ սեռական հարաբերություն են ունենում տարիքով իրենցից մեծ, արդեն սեռական հարաբերություններ ունեցած կանանց կամ էլ մարմնավաճառների հետ: Սակայն որոշ երիտասարդ տղաներ նշում էին, որ առաջին սեռական հարաբերություն են ունեցել չամուսնացած երիտասարդ աղջիկների հետ: Հարցված աղջիկների կարծիքը հիմնականում համընկնում էր 24-ից բարձր տարիքի

մասնակիցների այն կարծիքի հետ, որ աղջիկները սովորաբար իրենց առաջին սեռական հարաբերությունն ունենում են իրենց ամուսինների հետ:

Հետազոտության ճնշող մեծամասնության կարծիքով աղջիկների մինչամուսնական կուսության ավանդույթը և «կարմիր խնձորի» հարսանյաց ծիսակատարությունը դեռևս մեծ տարածում ունեն իրենց համայնքներում: «Կարմիր խնձորի» ծիսակատարությունը կատարվում է նորահարսի կուսության մեջ համոզվելուց հետո՝ հարսանյաց արարողության հաջորդ առավոտը ամուսնական զույգի սավանի ստուգման միջոցով: Մասնակիցներից շատերը նշեցին, որ որոշ զույգեր ամուսնալուծվում են հարսանյաց արարողության հաջորդ օրը, եթե փեսան կամ նրա հարազատները բացահայտում են, որ հարսը կույս չէր և խաբել էր իրենց: Որոշ համայնքներում, սավանի փաստացի ուսումնասիրություն չի լինում, եթե ամուսինը դեմ է դրան: Այնուամենայնիվ, «կարմիր խնձորի» հետ կապված արարողությունը կատարվում է:

Ստորև բերված մեջբերումները արտահայտում են մասնակիցների վերաբերմունքը աղջիկների մինչամուսնական կուսության ու «կարմիր խնձորի» հարսանյաց ծիսակատարության վերաբերյալ:

Մեջբերումներ.

«... Հայ տղամարդը երբեք չի կարող ասել՝ սա իր առաջին, թե վերջին սերն է, քանի որ կարող է սիրահարվել և սեռական հարաբերություններ ունենալ ցանկացած ժամանակ ... Սակայն, եթե պարզեմ, որ ես իմ կնոջ առաջին տղամարդը չեմ, այլևս իր հետ չեմ ապրի...»

40 տարեկան ամուսնացած տղամարդ, Վայոց Ձոր

«... Երիտասարդները գիտակցում են՝ որքան կարևոր է պահպանել կուսությունը և սեռական կյանքով ապրել միայն ամուսնանալուց հետո... Սակայն որոշ տղաներ գնում են Ռուսաստան, և ես վստահ չեմ կարող խոսել նրանց մասին...»

43 տարեկան ամուսնացած կին, Վայոց Ձոր

«... Կույս աղջիկը կարող է լինել անբարոյական, և հակառակը՝ աղջիկը, որը կույս չէ, կարող է դառնալ շատ լավ կին և հարս: Ես ինքս չեմ ստուգել իմ հարսի սավանը: Բայց եթե անգամ պարզվեր, որ նա կույս չէր, բայց տղաս նրան ընդունել է, ես կշարունակեի սիրել նրան»:

52 տարեկան գյուղաբնակ կին, Շիրակի մարզ

«...Ո՛չ, մեծահասակները սխալ պատկերացում ունեն... Իմ ընկերը ինձ ամեն ինչ պատմում է: Նա ասել է, որ չամուսնացած 100 աղջիկներից 20-30-ը կույս չեն...»

18 տարեկան գյուղաբնակ աղջիկ, Վայոց Ձոր

Գ. Անապահով սեռական վարքագծի վտանգների մասին իրազեկվածությունը

16-24 տարեկան երիտասարդների և 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների մեծամասնությունը տեղյակ էր, որ անապահով սեռական վարքագիծը, մասնավորապես մի քանի զուգընկեր ունենալը և չպաշտպանված սեռական հարաբերությունները, ինչպես նաև թմրանյութերի օգտագործումը երկու սեռերի համար էլ պարունակում են վտանգներ, ինչպիսիք են՝ սեռավարակները և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը, պատահական հղիությունը և անապահով աբորտը՝ իր բոլոր հետևանքներով (Աղյուսակ 3.4):

Աղյուսակ 3.4. Անապահով սեռական վարքագծի վրանգների մասին իրազեկվածությունը

Հարցադրումներ և պատասխաններ	Առավել հաճախ հանդիպող պատասխաններ	
	Շիրակի մարզ	Վայոց Ձորի մարզ
<i>Անապահով սեռական վարքագծի արդյունքում ՍՃՓՎ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վրանգների մասին իրազեկվածությունը</i>		
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է
<i>Անապահով սեռական վարքագծի արդյունքում պատահական հղիության հնարավորության մասին իրազեկվածությունը</i>		
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է
<i>Անապահով արորդների հետևանքների մասին իրազեկվածությունը</i>		
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխաններ	Մեծամասնությունը իրազեկ է	Մեծամասնությունը իրազեկ է

Մեջբերում.

«... Համայնքում որոշ երիտասարդ կանայք և տղամարդիկ սխալ կերպով մտածում են, թե դա իրենց հետ երբեք չի պատահի: Նրանք կարծում են, որ կընտրեն զուգընկեր, ով երբեք մեկ ուրիշի հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել և միշտ կլինի վստահելի: Իրականում, ես գիտեմ ՄԻԱՎ-դրական մի կնոջ, ով իր զուգընկերոջ հետ չէր օգտագործում պահպանակ, քանի որ վստահում էր նրան....»

27 տարեկան քաղաքաբնակ կին, Շիրակի մարզից

3.3. Սեռական կրթության և տեղեկատվության մատչելիություն

Ա. Հանրակրթական դպրոց

Երիտասարդների, ծնողների, ուսուցիչների, կրթական հաստատությունների ղեկավարների և հասուն տարիքի այլ անձանց հետ ունեցած քննարկումներից պարզ դարձավ, որ հանրակրթական դպրոցներում դեռահասները դեռևս չեն ստանում սեռականության վերաբերյալ համակողմանի կրթություն, բացառությամբ սեռական համակարգի անատոմիայի և ֆիզիոլոգիայի ու ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ բազային գիտելիքների դասավանդումից «Առողջ ապրելու հմտություններ» դասաժամին: Խմբային քննարկումների մասնակիցների ճնշող մեծամասնությունը (94%) գտնում էին որ հանրակրթական դպրոցներում «համապարփակ սեռական դաստիարակություն»-ը պետք է ընդգրկվի որպես պարտադիր առարկա: Մինչդեռ Ազգային ժողովի կողմից 2002թ ընդունված «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» օրենքի համաձայն այդ առարկան պետք է ներդրված լիներ դպրոցական ծրագրերում դեռևս 2003 թվականին:

Մեջբերում.

«... Առողջ ապրելակերպի հմտություններ առարկան ինձ համար շատ կարևոր էր, բայց ես չստացա իմ ունեցած բոլոր հարցերի պատասխանները...»

16 փարեկան աշակերտուհի, Շիրակի մարզ

Հետազոտության արդյունքների գնահատումը ցույց տվեց, որ ազգային ավանդույթները և ուսուցիչների ոչ լիարժեք գիտելիքներն ու հաղորդակցման հմտությունների հետ կապված թերությունները պատնեշ են ստեղծում ուսուցիչների և աշակերտների միջև, որի արդյունքում էլ նրանք հազվադեպ են միմյանց հետ խոսում կամ քննարկում սեռականությանը, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող հարցեր:

Մեջբերում.

«... Երբ ուսուցչին հարցրի համասեռամուլների մասին, նա այնքան շփոթվեց, որ ոչինչ չասաց և խորհուրդ տվեց այդ մասին խոսել ծնողներիս հետ:

20 փարեկան երիտասարդ, Շիրակի մարզ

Մի կին նշեց, որ ազգային ավանդույթներով պայմանավորված աշակերտների և ուսուցիչներից միջև հաղորդակցման պատնեշը հնարավոր կլինի վերացնել միայն այն դեպքում եթե սեռական դաստիարակության դպրոցական ծրագիրը լինի աշակերտների տարիքին և սեռին համապատասխան, նաև մշակութային արժեքներին համահունչ:

Մեծահասակների և երիտասարդների մեծամասնությունը մատնանշեց ուսուցիչների վերապատրաստումը և սեռականության թեմաները մանկավարժական համալսարանների կրթական ծրագրում ընդգրկելու կարևորությունը: Եղան ուսուցիչների համար ուղեցույցներ և դեռահասների յուրաքանչյուր տարիքային խմբին համապատասխան դասագրքեր և ուսուցողական նյութեր պատրաստելու առաջարկություններ:

Բ. Ընտանիք

Պարզվեց, որ երկու մարզերում էլ երիտասարդ մարդիկ ներկայումս ավելի հեշտությամբ են ծնողների հետ քննարկում սեռական և վերարտադրողական առողջությանն առնչվող թեմաները: Սակայն ազգային ավանդույթները դեռևս թույլ չեն տալիս ազատորեն խոսել սեռական հարաբերությունների մասին:

Նշվեց, որ որոշ երիտասարդ մարդիկ, հատկապես աղջիկները, հազվադեպ են ծնողների հետ կիսում կամ քննարկում իրենց ներքնաշխարհն ու սիրո զգացմունքները, ոչ էլ պատմում են իրենց ժամադրությունների և փոխհարաբերությունների մասին: Որոշ ընտանիքներում, այնուամենայնիվ, նման թեմաների շուրջ երիտասարդ մարդիկ ավելի անկաշկանդ են խոսում տատիկ-պապիկների, քույրերի ու եղբայրների հետ:

Մեջբերում.

«...Ես իմ զգացմունքների մասին խոսում եմ տատիկիս հետ և նրան բոլորից շատ եմ վստահում...»

18 փարեկան գյուղաբնակ աղջիկ, Վայոց Ձոր

Քննարկումներին մասնակցած մեծահասակները հիմնականում այն կարծիքին էին, որ իրենց երեխաներին համապատասխան սեռական դաստիարակություն տալու համար ծնողներն իրենք բավականաչափ գիտելիքների և հմտությունների կարիք ունեն: Թերևս սա է պատճառը, որ ծնողները շատ հաճախ դժվարանում են իրենց զավակների հետ խոսել սեռականության, բեղմնականիման, հղիության, ծննդաբերության, աբորտների և ՍՃՓՀ/ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հետ կապված հարցերի շուրջ:

Մեջբերում.

«... Թեև մասնագիտությամբ ես ուսուցիչ եմ, սակայն երբեմն չգիտեմ ինչպես պատասխանել 5-ամյա որդուս հարցերին ...»

28 տարեկան ուսուցչուհի, Շիրակի մարզ

Գ. Տեղեկատվության այլ աղբյուրներ

Քննարկումներին մասնակցած երիտասարդների 40%-ը և մեծահասակների շուրջ 22%-ը նշեցին, որ իրենք ունեն համակարգչային պարզ գրագիտություն, կարողանում են օգտվել «Սկայպ»-ից և սոցիալական այլ ցանցերից: Նրանց մի մասը տանն ունեն համակարգիչներ և ինտերնետ, մինչդեռ մյուսներն օգտվում են իրենց հարևանների/ընկերների, ինտերնետային ակումբների, կրթական հաստատությունների և/կամ իրենց աշխատատեղերում առկա ինտերնետից: Շատերն օգտվում են «Գուգլ-Հայաստան», «Օդնոկլասնիկի» և/կամ «Ֆեյսբուք» կայքերի տեղեկատվությունից:

Վիճակ-սել ՄՏՍ ընկերությունը առաջատարն է Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում՝ որպես համացանցային ծառայություններ տրամադրող: Մատչելիություն են ապահովում նաև «Բիլայն» և «Օրանժ-Հայաստան» ընկերությունները:

Մեջբերումներ.

«...Ես սովորեցի օգտվել համակարգչից, որպեսզի «Սկայպ»-ով կարողանամ շփվել Ռուսաստանում աշխատող ամուսնուս հետ: Դա ինձ հնարավորություն տվեց հայտնաբերել մի նոր աշխարհ: Ես կարծում եմ, որ ջահելները կարող էին ինտերնետի միջոցով սեռական դաստիարակություն և վստահելի տեղեկատվություն ստանալ իրենց մայրենի լեզվով...»

43 տարեկան կին, Շիրակի մարզ

«...Ես միանգամայն համոզված եմ, որ սեռականության հարցերի շուրջ առցանց կրթությունը կարող է զգալիորեն բարելավել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և անապահով արժույթների հետ կապված իրավիճակը և ամրապնդել երիտասարդ մարդկանց առողջությունը...»

44 տարեկան ուսուցիչ, Վայոց Ձոր

Գյուղական և քաղաքային վայրերում բնակվող մասնակիցները կանոնավոր կերպով դիտում են հեռուստացույց և լսում ռադիո: Այդ մարզերում առավել մասսայականություն վայելող հեռուստաալիքներն են «Հ1»-ը, «Արմենիա»-ն և «Շանթ»-ը: Նշվեց, որ ոմանք այս աղբյուրներից սեռականության և սեռական առողջության մասին տեղեկատվություն ստանում են, սակայն լիովին վստահ չեն դրանց հավաստիության մեջ: Բոլոր հարցվողներն այն կարծիքին էին, որ լրատվամիջոցների ու համացանցի միջոցով սեռականության և սեռական առողջության վերաբերյալ մայրենի լեզվով տրամադրվող դաստիարակությունը շատ օգտակար կլիներ թե՛ դեռահասների, թե՛ չափահասների համար:

Հետազոտության մեջ ընդգրկված բոլոր մասնակիցները խիստ դրական կարծիք ունեին և կարևորում էին տարեկիցների կողմից իրականացվող երիտասարդների ուսուցումն ու վստահելի տեղեկատվության տարածումը: Ոմանք տեղյակ էին իրենց մարզում տարիներ առաջ կազմակերպված նման ծրագրերի մասին: Ուսուցիչներից մեկը նշեց, որ երիտասարդների շրջանում տարածվող տեղեկատվության վստահելիությունը և շարունակականությունը ապահովելու համար անհրաժեշտ է ժամանակ-առ-ժամանակ կրթել նոր երիտասարդների և կանոնավոր կերպով վերապատրաստել նրանց:

3.4. Բեղմնականիսման միջոցների մասին տեղեկացվածությունը և դրանց օգտագործումը

Հետազոտության մասնակիցները հիմնականում այն կարծիքն ունեին, որ երիտասարդները բավարար չափով տեղեկացված չեն անցանկալի հղիության կանխման առանձին մեթոդների վստահելիության, անվտանգության, մատչելիության և դրանց օգտագործման հարմարավետության մասին:

Ամենահայտնի մեթոդը պահպանակն էր: Տեղեկացվածության առումով երկրորդ տեղն էր գրավում անցանկալի հղիության կանխումը սեռական ակտի ընդհատման միջոցով, և երրորդը՝ ներարգանդային պարոյրը: Հետազոտության մասնակիցների ամենատարածված կարծիքները բեղմնականիսման մեթոդների մասին ներկայացված են Աղյուսակ 3.5-ում:

Բոլոր խմբերի թե՛ արական և թե՛ իգական սեռի մասնակիցների մեծամասնությունը նշեց, որ բեղմնականիսման հարբերը վստասկար են կնոջ առողջության համար և ոչ միշտ են հասանելի: Հարբերի հնարավոր կողմնակի ազդեցություններից և հետևանքներից վախի պատճառով թիրախ հասնելը հորմոնալ հարբեր գրեթե չեն օգտագործվում:

Աղյուսակ 3.5. 16-24 տարեկան և 24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների առավել տարածված կարծիքները բեղմնականիսման մեթոդների վերաբերյալ

Մասնակիցների տարիքային խմբերը	Առավել տարածված կարծիքներ բեղմնականիսման մեթոդների վերաբերյալ			
	Վստահելիությունը	Անվտանգությունը	Մատչելիությունը	Օգտագործման հեշտությունը
<i>Պահպանակ</i>				
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Անվտանգ է	Երբեմն՝ անմատչելի է	Երբեմն՝ դժվար է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Անվտանգ է	Մատչելի է	Հեշտ է
<i>Սեռական ակտի վաղաժամ ընդհատում</i>				
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Անվտանգ է	Մատչելի է	Երբեմն՝ դժվար է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխանները	Անվստահելի է	Անվտանգ է	Մատչելի է	Երբեմն՝ դժվար է
<i>Ներարգանդային միջոց</i>				
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Երբեմն կարող է վնասել առողջությանը	Տեղյակ չենք	Տեղյակ չենք
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Երբեմն կարող է վնասել առողջությանը	Երբեմն՝ անմատչելի է	Հեշտ է
<i>Բեղմնականիսման դեղահարբեր</i>				
16-24 տարեկան երիտասարդ մասնակիցների պատասխանները	Ոչ միշտ է օգնում	Երբեմն կարող է վնասել առողջությանը	Տեղյակ չենք	Դժվար է
24-ից բարձր տարիքի մասնակիցների պատասխանները	Վստահելի է	Երբեմն կարող է վնասել առողջությանը	Երբեմն՝ անմատչելի է	Դժվար է

Մեջբերում.

«... Հորմոնալ բեղմնականխիչների օգտագործումը կարող է բերել դեմքի մազակալման...»

28 տարեկան ուսուցչուհի, Շիրակի մարզ

Սեռական ակտի ընդհատման միջոցով անցանկալի հղիության կանխման մեթոդի մասսայականությունը թե՛ երիտասարդ և թե՛ մեծահասակ մասնակիցների շրջանում պայմանավորված է այդ մեթոդի անվտանգությամբ և մատչելիությամբ: Առավել տարածված էր այն կարծիքները, որ թեև այս մեթոդը մշտապես մատչելի է, երբեմն այն դժվար է կիրառել: Երիտասարդների կարծիքով, այս մեթոդը վստահելի է, մինչդեռ մեծահասակ մասնակիցների կարծիքով այն ոչ միշտ է օգնում:

Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերի շուկաներում բեղմնականխիչ միջոցների սահմանափակ շրջանակը, ինչպես նաև բարձր գները գործոններ են, որոնք խիստ նվազեցնում են ժամանակակից բեղմնականխիչների օգտագործումը երիտասարդների շրջանում: Չամուսնացած երիտասարդները երբեմն չեն ցանկանում գնել պահպանակներ կամ այլ բեղմնականխիչներ իրենց իսկ համայնքում, քանի որ վախենում են ծնողների զայրույթից:

3.5. Աբորտի մասին տեղեկացվածությունը և հղիության ընդհատման ծառայություններից օգտվելը

Թիրախ համայնքներում բնակվող հետազոտության երիտասարդ մասնակիցները տեղեկացված էին վիրահատական ճանապարհով անցանկալի հղիության ընդհատման հնարավորության մասին: Մասնակիցներից շատերը լսել էին դեղորայքային աբորտի մասին Ցիտոտեկ-ի օգտագործման միջոցով, որը կարելի է առանց դեղատոմսի գնել դեղատներից: Մեկ օրիորդ պատմեց, որ իր ընկերուհին առանց բժշկի հսկողության փորձել էր ընդհատել հղիությունը Ցիտոտեկի միջոցով, սակայն հետո իրեն շտապ տեղափոխեցին հիվանդանոց՝ առատ արյունահոսության պատճառով:

Մեջբերումներ.

«... Դեղորայքային աբորտն ավելի լավ է քան վիրահատականը, պարզապես կինը պետք է ունենա հստակ ցուցումներ ինչպես վարվել առատ արյունահոսության դեպքում...»

27 տարեկան կին, Վայոց Ձոր

«... Իմ ընկերուհին ասաց, որ Ցիտոտեկի միջոցով հղիությունն ընդհատելը շատ ավելի էժան է և անվտանգ, քան վիրաբուժական աբորտը հինվանդանոցում...»

23 տարեկան գյուղաբնակ կին, Շիրակի մարզ

Եղեգնաձորից երեք մասնակից տեղյակ էին, որ Վայոց Ձորի ք.Վայքի բժշկական կենտրոնում կարելի է ընդհատել հղիությունը Ձեռքային վակուում ասպիրացիա մեթոդի միջոցով, որն իրենց կարծիքով արագ է և նվազ ցավոտ: Սակայն մասնակիցների մեծամասնությունը երբեք չէին լսել այդ մեթոդի մասին:

Խմբային քննարկումների բոլոր մասնակիցներն էլ արտահայտեցին այն կարծիքը, որ հղիության ընդհատման համար չամուսնացած կանայք խուսափում են գնալ իրենց համայնքում գտնվող բուժհաստատություն և գերադասում են մեկնել Երևան, որպեսզի չբացահայտվի իրենց անձնական գաղտնիքը և չարժանանան բուժաշխատողների քննադատական վերաբերմունքին:

Ամուսնացած կանայք չունեն նմանատիպ խնդիրներ, սակայն նրանց համար խնդիր է կլինիկայում անվտանգ աբորտ ունենալու ֆինանսական պատնեշը, քանի որ պետք է վճարեն դրա լրիվ արժեքը:

Բոլոր համայնքներից մասնակիցները ունեին մեկ ընդհանուր կարծիք, որ եթե կանանց համար մատչելի լինեին ապահով և արդյունավետ բեղմնականխիչները, նրանք հազվա-

դեպ կունենային հղիություններն ընդհատելու անհրաժեշտություն:

3.6. Տեղեկացվածություն սեռավարակների/ՄԻԱՎ-ի մասին և այդ հարցերի շուրջ կամավոր խորհրդատվության և թեսթավորման ծառայությունների օգտագործումը

Խմբային քննարկումների բոլոր երիտասարդ և մեծահասակ մասնակիցները ընդհանուր առմամբ տեղյակ էին սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի գոյության մասին: Նրանք գիտեին, որ պահպանակների օգտագործումը կարող է կանխել այդ հիվանդությունները: Սակայն նրանց գիտելիքները այդ սեռավարակների առանձնահատկությունների և ախտանշանների մասին թերի էին:

Շիրակի մարզի մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով ՍՃՓՎ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տարածվածությունն իրենց մարզում բավական բարձր է: Նրանց կարծիքով դրա պատճառը աշխատանքային միգրացիան է և անապահով սեռական վարքագիծը:

Վայոց Ձորի մարզի գյուղաբնակ մի կին տեղյակ էր Ռուսաստանից վտարված իր ՄԻԱՎ-դրական հարևանի մասին և պատմեց Հայաստանում բնակվող նրա կնոջ պատմությունը, ինչն անուղղակի կերպով վկայում է մարդու ՄԻԱՎ կարգավիճակի գաղտնիության իրավունքի խախտման մասին: Մինչդեռ անձնական տվյալների բժշկական գաղտնիքի բացակայությունը կարող է նպաստել խարանին և խտրականությանը ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով տառապող անձանց հանդեպ:

Մեջբերում.

«... Իմ հարևանը վերջերս վերադարձավ Ռուսաստանից, ուր ապրել էր մոտ մեկ տարի: Նրան վտարել էին ՄԻԱՎ-ի պատճառով: Բարեբախտաբար նրա կինը վարակված չէր ...»

28 տարեկան տղամարդ, Շիրակի մարզ

Իրենց համայնքներում կամավոր խորհրդատվության ու թեսթավորման ծառայությունների առկայության մասին տեղյակ էին հետազոտության մասնակիցների միայն մեկ երրորդը: Նրանց կարծիքով այդ հիվանդության ախտորոշման և հետագա բուժման համար մարդիկ կգերադասեն մեկնել Երևան:

Մասնակիցների կարծիքով հիմնական պատճառն էր ձևավորվում է վստահության և գաղտնիության բացակայությունից: Այդ ամենը հատկապես սթրեսային է երիտասարդ անձանց համար, որոնք ենթակա են բուժօժանություններ տրամադրողների դատապարտող վերաբերմունքին նաև մինչամուսնական սեռական կապերի բացահայտման պատճառով: Այս բոլոր գործոնները խոչընդոտում են տեղի դեղատներից պահպանակներ ձեռք բերելուն:

3.7. Արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ կարիքներին արձագանքելու պատրաստվածություն

Գյուղաբնակ մասնակիցների մեծ մասի կարծիքով, իրենց համայնքների բուժհաստատությունները կարող են դժվարություններ ունենալ բնական և մարդածին աղետների ժամանակ կանանց, տղամարդկանց և երիտասարդների ՍՎԱ կարիքների բավարարման հարցում, քանի որ չունեն արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու բավարար պատրաստվածություն:

Նրանք գտնում են, որ անհրաժեշտ է բարձրացնել բնակչության, հատկապես երիտասարդության տեղեկացվածությունը անհետաձգելի իրավիճակներում առաջին օգնության ցուցաբերման հարցում:

Մեջբերում.

«...Անգամ սովորական իրավիճակներում մարդիկ պետք է պատրաստ լինեն առաջին օգնություն ցուցաբերելու և անհրաժեշտության դեպքում հիվանդանոց տեղափոխելու՝ հատկապես արյունահոսությունների և սուր ցավերի դեպքում՝ կապված հղիության, ծննդաբերության, բռնաբարության, այլ բռնության հետ, կամ էլ այլ պատճառներով ...»:

25 տարեկան կին, Շիրակի մարզ

Խմբային քննարկումների մասնակիցներից շատերը պատրաստակամություն հայտնեցին մասնակցելու սեմինարների, որոնք իրենց հնարավորություն կտան ընդգրկվելու իրենց համայնքներում երիտասարդների ՍՎԱ պաշտպանության գործընթացին:

Մեջբերում.

«...Ավարտել եմ բժշկական քոլեջը, սակայն դեռ աշխատանք չունեմ: Ինձ համար շատ լավ հնարավորություն կլինի հաղորդակցվել այլ երիտասարդ անձանց հետ և կիսել նրանց հետ իմ ունեցած գիտելիքները: Դա ինձ կստիպի նաև շարունակաբար բարելավել իմ կրթությունը և որիշներից փորձ ձեռք բերել...»

23 տարեկան աղջիկ, Վայոց Ձոր

Որոշ մասնակիցներ նշեցին իրենց համայնքում բնակվող բնագիտա-բժշկական, հոգեբանական, մանկավարժական կրթություն ստացած երիտասարդ մարդկանց անունները, որոնք ունեն առաջնորդության հմտություններ և ցանկության դեպքում կարող են հաջողությամբ ներգրավվել հավասարակիցներին ուսուցանելու գործընթացին:

4

ՍԵՌԱԿԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂ-ՋՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

4.1. Ներածություն

2013թ. փետրվար-մայիս ամիսների ընթացքում իրականացվեց թիրախ բուժհաստատություններում տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների որակի և երիտասարդների հանդեպ դրանց բարյացակամության արագ գնահատում (մանրամասնությունները ներկայացված են Գլուխ II. Մեթոդաբանություն բաժնում): Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են 10 բուժհաստատություններ, մասնավորապես՝ 8 առաջնային մակարդակի գյուղական և 2 երկրորդային մակարդակի քաղաքային առողջապահական ծառայություններ:

Առաջնային մակարդակի առողջապահական ծառայություններ

- Շիրակի մարզ. 1) Հայկավանի ԲՄԿ, 2) Ամասիայի առողջության կենտրոն, 3) Պեմզաշենի առողջության կենտրոն և 4) Ախուրիկի բժշկական ամբուլատորիա:
- Վայոց Ձորի մարզ. 1) Ռինդի ԲՄԿ, 2) Արենու ԱԱՊ կենտրոն, 3) Աղաձխածորի ԱԱՊ կենտրոն և 4) Մալիշկայի ԱԱՊ կենտրոն:

Երկրորդային մակարդակի առողջապահական ծառայություններ

- Շիրակի մարզ. Գյումրու ծննդատուն
- Վայոց Ձորի մարզ. Եղեգնածորի առողջության կենտրոն

Հետազոտության մեջ ընդգրկված բուժհաստատությունների տնօրենները, բուժաշխատողները և այլ աշխատակիցները սիրով տրամադրեցին պահանջվող տեղեկատվությունը, լուսաբանեցին տարբեր խնդիրներ և պատասխանեցին հետազոտական խմբի հարցերին: Նրանց հետ հարցազրույցներն անցկացվեցին բարեկամական մթնոլորտում: Աշխատանքներն ավարտելուց հետո հետազոտական խումբը ներկայացրել է գնահատման արդյունքները հաստատությունների ղեկավարներին և բուժաշխատողներին: Հարկ եղած դեպքում ներկայացվել են առաջարկություններ և տրվել խորհուրդներ:

4.2. Տեղեկատվություն հետազոտված համայնքների մասին

Ինչպես նշեցին բուժհաստատությունների ղեկավարները, Շիրակի և Վայոց Ձորի այն հեռավոր համայնքների բնակիչներին, որտեղ գործում են միայն բուժակ-մանկաբարձական կետեր, պարբերաբար այցելում են և բուժծառայություններ տրամադրում մոտակա առողջության կենտրոնների կամ գյուղական ամբուլատորիաների բժիշկները: Այդ այցելությունների ժամանակ ԲՄԿ-ներում գործող բուժքույրերին և մանկաբարձուհիներին տրամադրվում է աջակցություն և ապահովվում է նրանց աշխատանքի վերահսկողությունը:

Շիրակի մարզ

- Ամասիայի առողջության կենտրոնը պատասխանատու է Ամասիայի շրջանի 16 գյուղական համայնքների բնակչությանը բժշկական ծառայությունների տրամադրման և վերահսկողության ապահովման համար:
- Պեմզաշենի առողջության կենտրոնը պատասխանատու է Արթիկի շրջանի Լեռնակերտ, Տուֆաշեն և Հայկասար գյուղերի բնակչությանը բժշկական ծառայությունների տրամադրման և վերահսկողության ապահովման համար:
- Ախուրիկի բժշկական ամբուլատորիան պատասխանատու է Ոսկեհասկ, Հայկավան, Արափի, Երազաորս, Ղարիբջանյան, Բայանդուր և Գետք գյուղերի բնակչությանը բժշկական ծառայությունների տրամադրման և վերահսկողության ապահովման համար:
- Գյումրու ծննդատունը սպասարկում է ողջ մարզի կանանց՝ տրամադրելով երկրորդային մակար-

դակի ՍՎԱ ծառայություններ:

Վայոց Ձորի մարզ

- ♦ Արենու ԱԱՊ կենտրոնը պատասխանատու է Խաչիկ, Չիվա, Ելփին և Ռինդ գյուղերի բնակչությանը բժշկական ծառայությունների տրամադրման և վերահսկողության ապահովման համար:
- ♦ Աղափաձորի ԱԱՊ կենտրոնը բժշկական ծառայություններ և վերահսկողություն է ապահովում նաև Արփի գյուղի բնակչությանը:
- ♦ Եղեգնաձորի առողջության կենտրոնը, որպես երկրորդային մակարդակի բուժհաստատություն, տրամադրում է որակյալ բժշկական և մասնավորապես ՍՎԱ ծառայություններ ողջ մարզի բնակչությանը: Այն նաև պատասխանատու է Գլաձոր, Վերնաշեն, Գետափ, Ագարակ և Գնիշիկ գյուղերի բնակչությանը բժշկական ծառայությունների տրամադրման և վերահսկողության ապահովման համար:

4.3. Պետական ֆինանսավորումը

Թիրախ բուժհաստատությունների ղեկավարները տրամադրեցին պետության կողմից 2012 և 2013թ.թ. ֆինանսական հատկացումների մասին տվյալները: Նրանք նշեցին, որ թեև 2012թ. համեմատությամբ 2013թ. ֆինանսավորումն իրականում մեծացել է, այն դեռևս խիստ անբավարար է որակյալ բուժօժանոցությունների՝ հատկապես երիտասարդությանը ՍՎԱ և ՄԻԱՎ ծառայությունների տրամադրման համար: Նրանք նշեցին, որ իրենց բուժհաստատություններին տրամադրված ֆինանսավորումը չի բավականացնում կառուցվածքային բարեփոխումների անցկացման և աշխատանքային գործունեության լիարժեք կերպով ծավալման համար:

Վերջին 20 տարիների ընթացքում թիրախ առաջնային մակարդակի առողջապահական ծառայությունների ղեկավարները լուրջ ֆինանսական դժվարություններ են կրում և հնարավորություն չունեն կազմակերպել շինությունների վերանորոգումն ու կահավորումը, ձեռք բերել համապատասխան սարքավորումներ, ապրանքներ և պարագաներ, նաև ապահովել անհրաժեշտ դեղորայքի և բեղմնականիչների առկայությունը: Իրավիճակն ավելի բարդ է հեռավոր գյուղերում, քանի որ անբավարար ֆինանսավորումը դժվարացնում է բժիշկների այցելությունների կազմակերպումը դեպի այդ համայնքներ և հիվանդների տեղափոխումը երկրորդային և երրորդային մակարդակի բուժհաստատություններ:

Նրանց կարծիքով գինեկոլոգիական ծառայությունների համար համավճարի համակարգի ներդրումը բնակչության ուսերին է դրել ֆինանսական բեռը և նվազեցրել է ՍՎԱ ծառայությունների մատչելիությունը:

4.4. Անձնակազմը, աշխատաժամերը և վարձատրությունը

Գյուղերի ԱԱՊ հաստատությունների ղեկավարները համատեղում են վարչարարական և բժշկական գործունեությունը: Նրանք հետազոտական խմբին տրամադրեցին տեղեկատվություն իրենց ղեկավարած հաստատություններում աշխատատեղերի, աշխատանքային ժամերի և աշխատավարձերի մասին:

Անձնակազմի ամսական աշխատավարձը տարբեր է՝ կախված պաշտոնից, աշխատանքային ժամերից, գիշերային հերթապահություններից: Բոլոր տնօրեններն ու բուժաշխատողների մեծ մասը նշեցին, որ իրենց աշխատանքի դիմաց հաճախորդներից չեն ստանում կամ շատ հազվադեպ են ստանում շնորհակալության ոչ պաշտոնական դրսևորումներ: Բժիշկները երբեմն չունեն տրանսպորտային միջոցներ գյուղական համայնքներ այցելելու համար:

Բոլոր աշխատողները դժգոհ էին իրենց ցածր աշխատավարձից. բուժքույրերի/մանկաբարձուհիների համար այն կազմում է 40000-80000 դրամ, իսկ բժիշկների համար՝ 60000-150000 դրամ: Նրանց կարծիքով այդ աշխատավարձը համարժեք չէ իրենց կատարած աշխատանքին և աշխա-

տանքային ժամերին և բավարար չէ նորմալ կենսապայմաններ ապահովելու համար, քանի որ դրամի արժեզրկումն ու շուկայական ապրանքների գնաճը շարունակական բնույթ է կրում (Աղյուսակ 4.1):

Աղյուսակ 4.1: Անձնակազմի առկայությունը, աշխատանքային ժամերը և կարծիքը աշխատավարձի չափի վերաբերյալ

Բուժհաստատությունների տեսակը*									
Առաջնային մակարդակ								Երկրորդային մակարդակ	
ՇՄԲՄԿ Հայկական	ՎՁՄ ԲՄԿ Ռինդ	ՇՄ ԱԿ Ամասյա	ՇՄ ԱԿ Պեմ-գաշեն	ՇՄ ԳԲԱ Ախուրիկ	ՎՁՄ ԱԱՊԿ Արենի	ՎՁՄ ԱԱՊԿ Աղավ-նաձոր	ՎՁՄ ԱԱՊԿ Մալիշկա	ՇՄ Գյումրի	ՎՁՄ Եղեգ-նա-ձոր
<i>Աշխատողների ընդհանուր թիվը</i>									
2	2	35	12	13	8	9	16	91	204
<i>Լրիվ դրույքով աշխատողների թիվը</i>									
2	2	20	8	6	8	6	10	6	19
<i>Գրաֆիկով սահմանված գիշերային հերթապահություններ ունեցողների թիվը</i>									
2	2	10	4	3	3	5	6	71	16
<i>Գինեկոլոգների թիվը</i>									
0	0	1	0	0	0	0	0	12	6
<i>Այլ բժիշկների թիվը</i>									
0	0	6	2	1	3	1	4	11	32
<i>Բուժքույրերի և մանկաբարձուհիների թիվը</i>									
2	2	29	6	10	1	4	7	51	102
<i>Աշխատավարձից դժգոհ աշխատակիցների թիվը (%)</i>									
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

4.5. Կազմակերպչական կառուցվածքը և կառավարման համակարգերը

Գնահատումը բացահայտեց, որ թիրախ բուժհաստատությունները չունեն երիտասարդության համար ՍՎԱ, ԸՊ, ապահով արբորտի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հետ կապված կամավոր խորհրդատվության և թեստավորման ծառայությունների մատչելիությանն ուղղված քաղաքականություն: Բացակայում է նաև հստակ քաղաքականություն՝ այցելուների, այդ թվում երիտասարդների իրավունքների վերաբերյալ, մասնավորապես՝ տեղեկատվության, ընտրության, անձնական տվյալների գաղտնիության, արժանապատվության, ինչպես նաև հարմարավետ պայմաններում անվտանգ և շարունակական ծառայություններ ստանալու և վերջիններիս մասին կարծիք արտահայտելու իրավունքները:

Բուժհաստատությունների ղեկավարները հնարավորություններ չունեն կատարելու բուժհաստատության կառուցվածքային բարեփոխումներ, բուժաշխատողներին ապահովելու անհրաժեշտ բուժ-պարագաներով և մասնագիտական պարբերաբար վերապատրաստումներով: Երբեմն բուժաշխատողները չեն արժանանում հարգալից վերաբերմունքի և խրախուսման, զուրկ են մնում սեփական կարծիքն արտահայտելու իրավունքից:

Չկա կադրերի ընտրության և վերապատրաստման այնպիսի ընթացակարգ, որը հնարավորություն կտա տրամադրել երիտասարդներին բարյացակամ խորհրդատվություն և որակյալ բուժ-ծառայություններ ՍՎԱ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հետ կապված հարցերի շուրջ: Թերի է նաև այցելուների առողջական վիճակի հետագա վերահսկման ու աջակցության համակարգը՝ հատկապես արբորտից, սեռավարակներից, ՄԻԱՎ-ից և բռնություններից հետո:

Հետազոտված բոլոր բուժհաստատություններում հստակ սահմանված են աշխատողների աշխատանքային պարտականություններն ու գործելակարգը, սակայն այնտեղ չեն ընդգրկված երիտասարդներին ՍՎԱ և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված առաջնային ծառայություններ տրամադրելու պարտականությունները: Թերի են կամ ընդհանրապես բացակայում են կլինիկական տեղեկատվության կառավարման, անհրաժեշտ բուժպարագաներով ապահովման և բաշխման համակարգերը, ինչպես նաև հիվանդների ուղեգրման, հետադարձ կապի և հետագա հսկողության ապահովման մեխանիզմները:

4.6. Բուժհաստատությունների բնութագրերը

Տեղակայումն ու ֆիզիկական մատչելիությունը

Բոլոր թիրախ գյուղական բուժհաստատությունները մոտ են բնակելի տարածքներին և ոտքով հասանելի: Երկրորդային մակարդակի բուժհաստատությունները հեշտ հասանելի են քաղաքային տրասնպորտով: Ցուցատախտակները պարզ տեսանելի էին այցելուներին, սակայն աշխատանքային ժամերը և առկա ծառայությունների ցանկը ոչ միշտ են հստակ նշված: Եզակի բուժհաստատություններ են համապատասխանեցված սայլակավոր հաշմանդամների համար:

Այցելուների գրանցման, սպասելու և ընդունելության վայրերը

Թիրախ բուժհաստատություններում այցելուների գրանցման, սպասելու և ընդունելության վայրերը չեն համապատասխանում անձնական տվյալների գաղտնիության և մեկուսիության պահանջներին: Հիվանդների գրանցումներն ու քարտերը ապահով կերպով չէր պահվում, դրանք հաճախ մնում էին առանց հսկողության և օտարների համար հասանելի:

Երկրորդային մակարդակի բուժհաստատություններում հստակորեն ներկայացված չէր վճարովի ծառայությունների ցանկը: Բավականաչափ չէին երիտասարդների համար նախատեսված պաստառները, տեղեկատվական նյութերն ու բուկլետները՝ հատկապես երիտասարդ այցելուների իրավունքների և տրամադրվող ՍՎԱ ծառայությունների մասին:

Բժշկական զննման և միջամտությունների սենյակները

Պատահական մարդիկ կարող էին առանց թույլատրության հեշտությամբ մուտք գործել բուժզննման և միջամտությունների սենյակները, ուստի և հիվանդի մեկուսիությունը չէր ապահովվում:

Գործիքների մշակման և պահպանման տարածքը

Գործիքների մշակման և պահպանման տարածքը միշտ չէր, որ ապահովված էր հոսող, մաքուր ջրով: Բժշկական թափոնների հավաքումը հազվադեպ էր իրականացվում սահմանված կարգին համապատասխան: Որոշ բուժհաստատություններում գործիքների մանրէազերծման և ապահով պահպանման համար հատկացված տարածքը փոքր էր և չէր համապատասխանում անհրաժեշտ պահանջներին: Երբեմն էլ նկատվում էր գործիքների ախտահանման հիմնական միջոցների պակաս: Հազվադեպ էին ցուցադրված պաստառներ, որտեղ նկարագրված էին գործիքների լվացման և վնասազերծման հերթական քայլերը: Որոշ դեպքերում էլ բացակայում էր վարակի կանխարգելման կանոնակարգը:

Դեղերի, բեղմնականխիչների և այլ պարագաների պահպանումը

Դեղերը, բեղմնականխիչները և այլ պարագաները հազվադեպ էին պահվում ապահով, օդափոխվող և լավ փակվող սենյակներում և համապատասխան ջերմաստիճանում: Բեղմնականխիչների և բժշկական ձեռնոցների պահպանման համար առանձին և համապատասխան դարակներ չէին հատկացված: Դեղորայքի սպառման ժամկետները ակնհայտ տեսանելի չէին և դեղերն ու բեղմնականխիչները չէին դասավորված «շուտ-հնացող/սպառվող», «առաջինը-օգտագործվող» սկզբունքով:

Թիրախ առաջնային և երկրորդային մակարդակի բուժհաստատությունները չունեն ստերիլ ծեռնոցների, բամբակի, թանգիֆի, սանիտարական անձեռոցիկների, տակդիրների և ախտահանիչ հեղուկների բավարար քանակություն:

Երկրորդային մակարդակի բուժհաստատություններում ժամանակակից բեղմնականխիչներից առկա էին միայն ներարգանդային միջոցներ, բեղմնականխիչ հաբեր և պահպանակներ, այն էլ սահմանափակ քանակներով: Միայն Գյումրու ծննդատունը ուներ դեղորայքային աբորտի համար օգտագործվող դեղահաբեր: Որոշ ԱԱՊ հաստատություններում կային անվճար բաշխման պահպանակներ, սակայն սահմանափակ քանակությամբ:

Սանհանգույցներ

Որոշ բուժհաստատությունների սանհանգույցները մաքուր չէին, չունեին հոսող ջուր, զուգարանաթուղթ, օճառ կամ հեղուկ լվացող նյութեր, իսկ որոշ բուժհաստատություններում դրանք կողպված էին և օգտվում էին միայն աշխատակիցները:

4.7. Աձնակազմի գիտելիքները, հմտությունները, վերաբերմունքն ու կարեկցանքը հիվանդների հանդեպ

Սեմինարներին/դասընթացներին մասնակցությունը

Հաստատությունների ղեկավարների հետ հարցազրույցներից պարզ դարձավ, որ վերջին երեք տարիների ընթացքում երկու հիվանդանոցների առնվազն մեկ գինեկոլոգ և ԱԱՊ հաստատությունների մեկական ընտանեկան բժիշկ մասնակցել են զանազան սեմինարների և դասընթացների, նվիրված դեռահասների առողջության, ընտանիքի պլանավորման և բեղմնականխման, աբորտի համապարփակ խնամքի, ապահով մայրության, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և այլ ՍՎԱ հարցերին: Բուժաշխատողներից ոմանք տեղյակ էին նաև արտակարգ իրավիճակներում ՎԱ կարիքներին արձագանքելու նախնական նվազագույն գործողությունների փաթեթի մասին:

Երիտասարդներին ՍՎԱ ծառայությունների նվազագույն փաթեթը տրամադրելու կարողություն

Գնահատումը ցույց տվեց, որ գյուղական վայրերի բուժհաստատությունները հաշվառվում են իրենց համայնքի հղիներին և տրամադրում են մինչծննդյան և հետծննդյան խնամքի և ուղեգրման ծառայություններ: Ըստ ներկայիս մարզային առողջապահական ենթակառուցվածքի ապահով ծննդօգնության և անվտանգ աբորտի, ինչպես նաև ներարգանդային միջոցների տեղադրման և ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կամավոր խորհրդատվության և թեստավորման ծառայությունները առկա են միայն երկրորդային մակարդակի մարզային հիվանդանոցներում:

Սակայն թիրախ երկրորդային մակարդակի հաստատությունների բժիշկները հազվադեպ են ժամանակ հատկացնում ՍՎԱ հարցերի շուրջ երիտասարդ այցելուներին խորհրդատվության, տեղեկատվության և տպագիր նյութերի տրամադրմանը, ինչպես նաև նրանց գիտելիքների բարելավմանը:

Ամասիայի առաջնային առողջության պահպանման կենտրոնը, որպես բացառություն, վերջերս վերանորոգել և հագեցրել է ժամանակակից սարքավորումներով իր ծննդօգնության բաժանմունքն ու պոլիկլինիկան: Այս կենտրոնը կարող էր տրամադրել ապահով ծննդօգնության և անվտանգ աբորտի, ինչպես նաև ներարգանդային միջոցների տեղադրման և ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կամավոր խորհրդատվության և թեստավորման ծառայություններ, եթե աշխատակազմում համապատասխան կլինիկական և խորհրդատվական հմտություններով մանկաբարձ-գինեկոլոգ լիներ:

Պետք է նշել, որ այդ կենտրոնում, ինչպես և մի շարք այլ առաջնային առողջության պահպանման հաստատություններում, գործում են ընտանեկան բժիշկներ որոնք կարող են ապահով ծննդօգնություն տրամադրել, ինչպես նաև հաջողությամբ կատարել վակուումային ասպիրացիա, ար-

գանդի վզիկի լայնացում և քերում, նաև անհրաժեշտության դեպքում վարել արորտների հետ կապված բարդությունները:

Քուժառայությունների հասանելիության սահմանափակում

Սոցիալական կարգավիճակը կամ որևէ այլ գործոն որևէ կերպ չեն սահմանափակում առկա բուժառայություններից օգտվելու հնարավորությունը: Վճարովի բուժառայություններից օգտվելու ցանկություն դեպքում, անձնակազմը քննարկում է գնային զեղչերի համակարգը և հավաստիացնում, որ հիվանդը կստանա համապատասխան օգնություն, անկախ վճարունակությունից:

Համակարգչային գրագիտություն, ինտերնետի և լրատվամիջոցների մատչելիություն

Ոգևորիչ էր պարզել, որ բոլոր հետազոտված բուժհաստատությունների ղեկավարների և անձնակազմի, ներառյալ բուժքույրերի և մանկաբարձուհիների մեծ մասը ունեին համակարգչային նվազագույն հմտություններ, ինչպես նաև ինտերնետից տանը և/կամ աշխատավայրերում օգտվելու և հեռուստատեսային հաղորդումներ դիտելու հնարավորություն: Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում ինտերնետային և բջջային կապի հիմնական տրամադրողը Վիվա-սել ընկերությունն է:

Թիրախ բուժհաստատությունների ղեկավարներն ու անձնակազմը նշում էին, որ իրենք դժվարանում են գտնել երիտասարդներին ՍՎԱ հիմնական բուժառայություններ տրամադրելու համար անհրաժեշտ ուղեցույցներ, ձեռնարկներ և չափորոշիչներ՝ հայերեն լեզվով:

Նրանց կարծիքով շատ օգտակար կլինի ստեղծել համապատասխան ձեռնարկներ և ուղեցույցներ՝ այցելուներին բարյացակամ ՍՎԱ և ՄԻԱՎ-ի հարցերի հետ առնչվող համապարփակ ծառայությունների տրամադրման համար:

Ղեկավարների և բուժաշխատողների գիտելիքները, կարծիքները, համոզմունքներն ու վերաբերմունքը

Տնօրենների և բուժաշխատողների կարծիքով թիրախ համայնքների երիտասարդ բնակիչների իրազեկվածությունը անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ անբավարար է: Պարզվեց նաև, որ գյուղական վայրերի բուժաշխատողների գիտելիքներն ու հմտությունները ժամանակակից բեղմնականիսման մեթոդների և ապահով արբորտի հետ կապված ծառայությունների վերաբերյալ թերի են: Նրանցից ոմանք ունեն անվտանգ արբորտի և ժամանակակից բեղմնականիսման մեթոդների, մասնավորապես հորմոնալ հաբերի վստահության մասին սխալ կարծիքներ և պատկերացումներ, որոնք էլ տարածում են իրենց համայնքներում:

Մեջբերում.

«...Ես երբեք իմ այցելուներին չեմ առաջարկում հորմոնալ բեղմնականիսիչներ օգտագործել, քանի որ դրանք վստահար են առողջության համար: Ավելի լավ է արբորտ անել, քան օգտագործել դրանք...»

50 տարեկան բժշկուհի

Ինչպես նշվել էր հաստատությունների ղեկավարների և բուժաշխատողների կողմից, Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում, հատկապես երիտասարդության շրջանում, չպլանավորված հղիությունից խուսափելու համար լայնորեն կիրառվում է ավանդական՝ ընդհատված սեռական ակտի մեթոդը, սակայն դա միշտ չէ, որ իրեն արդարացնում է: Մեթոդի առավելությունը կայանում է նրանում, որ այն անվճար է և մշտապես հասանելի:

Որոշ գյուղերում չկա դեղատուն, որոշներն էլ ունեն դեղատնային կրպակներ, որտեղից երիտասարդները կարող են գնել պահպանակներ: Սակայն բուժաշխատողները վստահ են, որ երիտասարդները կգերադասեն պահպանակներ գնել այլ վայրերից, որպեսզի տեղիք չտան բամբասանքի, ծնողական զայրոյթի և համայնքային պարսավանքի: Նրանց կարծիքով այս գործոնները խո-

չընդոտում են երիտասարդ կանանց և տղամարդկանց կողմից բեղմնականխման ժամանակակից մեթոդների օգտագործմանը, դրանով ենթարկելով նրանց անցանկալի հղիության, անապահով արթուրի և ՄԻԱՎ/ՍՃՓՎ-ների վտանգին:

Մեջբերում.

«...Ես երբեք չեմ ների իմ դստերը, եթե իմանամ, որ նա մինչամուսնական հարաբերություններ ունի...»

42 տարեկան բուժքույր

Համաձայն ազգային առողջապահության պահանջների, արթուրներն արվում են երկրորդային և երրորդային մակարդակի բուժհաստատություններում մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից:

Տնօրենների և բուժաշխատողների մեծամասնության կարծիքով, իրենց համայնքներում արթուրների թիվը կրում է սեզոնային բնույթ և կապված է ձմռանն արտագնա աշխատանքի մեկնած տղամարդկանց վերադարձի և գարնանը կրկին արտերկիր մեկնելու հետ:

Մեջբերում.

«...Միգրանտ տղամարդիկ իրենց կանանց հետ Հայաստանում գտնվում են միայն ձմռան ամիսներին, բնականաբար արթուրների թիվը պետք է նվազի...»

32 տարեկան բժիշկ

Բուժաշխատողների կարծիքով, իրենց մարզերում արթուրների թիվը նվազում է, քանի որ ներքին և արտաքին աշխատանքային միգրանտները երիտասարդ սերնդի ներկայացուցիչներ են: Հղիությունները ընդհատվում են նաև տնային պայմաններում ինքնուրույն կերպով՝ դեղահաբեր ընդունման եղանակով:

Նշվեց նաև, որ իրենց համայնքներում կան կանայք, որոնք բազմաթիվ անգամ են դիմում արթուրի՝ օգտագործելով այն որպես պտղաբերության կարգավորման միջոց:

Մեջբերում.

«...Մեր գյուղում կանայք կան, որ արդեն ավելի քան 10 անգամ արթուրի են դիմել...»

47 տարեկան բուժքույր

Շիրակի մարզի թիրախ բուժհաստատությունների տնօրեններն ու բուժաշխատողների մեծ մասը տեղյակ են ժամանակակից դեղորայքային արթուրի մասին, սակայն այն կիրառվում է միայն Գյումրու ծննդատանը՝ Առողջապահության նախարարության, ՊՄԳԿ-ի և ԸԱՀԱ-ի կողմից՝ Ginuity և SAAF/IPPF միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ իրանակացվող ծրագրերի շրջանակներում:

Եղեգնածորի առողջության կենտրոնում կիրառվում է միայն վիրաբուժական արթուրը՝ արգանդի պարանոցի լայնացման, կյուրետաժի և վակուումային ասպիրացիայի միջոցով: Վայոց Ձորում բնակվող կանայք կարող են օգտվել հղիության ընդհատման ժամանակակից այլ տեխնոլոգիաներից, մասնավորապես դեղորայքային արթուրի և ձեռքային վակուումային ասպիրացիայի ծառայություններից, որոնք տրամադրվում են Վայքի բժշկական կենտրոնում: Այդ մեթոդները ներդրվել են Վայքի բժշկական կենտրոնում ԸԱՀԱ-ի կողմից ԱՆ-ի ու ՊՄԳԿ-ի հետ համատեղ և GCACI/IPPF-ի աջակցությամբ 2009թ իրականացված «Արթուրների համապարփակ խնամքի նախաձեռնություն» ծրագրի շրջանակներում:

Հետազոտությանը մասնակցած մանկաբարձ-գինեկոլոգների մեծ մասը կողմ արտահայտվեց վիրաբուժական արթուրին, համարելով այն ավելի անվտանգ քան դեղորայքայինը: Սակայն կային նաև այլ կարծիքներ:

Մեջբերումներ.

«...Շատերը դեղորայքային աբորտը գերադասում են վիրաբուժական աբորտից, սակայն ոմանք նախընտրում են հղիությունն ընդհատել հնարավորինս արագ՝ վակուումային ասպիրացիայի միջոցով...»

29 տարեկան բժշկուհի

«...Ես կգերադասեի կատարել դեղորայքային աբորտ, սակայն Միֆեպրիստոն դեղահաբերը շատ թանկ են և դեղատներում ոչ միշտ են առկա...»

36 տարեկան գինեկոլոգ

Հնչեցին կարծիքներ, որ վիրաբուժական աբորտի ծառայություններ տրամադրող բուժաստատությունների կառուցվածքը և այցելուների հոսքի մեխանիզմները չեն ապահովում այցելուների անձնական տվյալների գաղտնության և մեկուսիության իրավունքները, ինչն էլ մատչելիության խոչընդոտ է երիտասարդ կանանց, հատկապես չամուսնացածների համար: Այդ կանայք ստիպված են գնալ Երևան, ինչն ավելացնում է աբորտի հետ կապված ծախսերը: Նշվեց նաև, որ որոշ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ոչ պաշտոնական վարձատրության ակնկալիքով, շահագրգրված են վիրաբուժական աբորտ իրականացնել, որի արժեքը ավելի թանկ է, եթե հղիության ժամկետը գերազանցում է թույլատրված աբորտ կատարելու ժամանակահատվածը: Ի դեպ, հետաբորտային բեղմնականխման միջոցները հազվադեպ են առաջարկվում: Ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ խորհրդատվությունը և բեղմնականխման ժամանակակից մեթոդների տրամադրումը, բացառությամբ ներարգանդային միջոցների, պակաս եկամտաբեր է: Հետազոտության մասնակիցներից շատերը նշեցին, որ երիտասարդ տղամարդիկ գիտեն ինչպես օգտվել պահպանակներից, սակայն ձեռք են բերում դրանք հարևան համայնքներից:

Մեջբերում.

«...Տղաները գիտեն, թե ինչպես է պետք օգտվել պահպանակից, անգամ ավելի լավ, քան որոշ տարիքով ավելի մեծ մարդիկ: Նրանք սովորաբար գնում են պահպանակները քաղաքային դեղատներից...»

39 տարեկան բժիշկ

4.8. ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ ծառայությունների առկայություն

Գնահատումը ցույց տվեց, որ ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ վերաբերյալ կամավոր խորհրդատվության և թեսթավորման ծառայություններ առկա են հետազոտված 10 հաստատություններից 3-ում միայն, մասնավորապես՝ Շիրակի մարզի Գյումրու ծննդատանը, Ամասիայի առողջության կենտրոնում և Վայոց Ձորի մարզի Եղեգնաձորի առողջության կենտրոնում:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կամավոր խորհրդատվության և թեսթավորման ծառայություններն անվճար են, սակայն ՍՃՓՎ-ների ախտորոշումն ու բուժումը վճարովի է: Տարածված էր այն կարծիքը, որ երիտասարդ կանայք և տղամարդիկ հրաժարվում են օգտվել այդ ծառայություններից՝ դրանց բարձր գների և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանման հանդեպ ունեցած անվստահության պատճառով: Իսկ դեռահասների պարագայում, այս գործոնները ետ են պահում երիտասարդներին նաև տեղային դեղատներից պահպանակներ գնելուց:

4.9. Անհետաձգելի իրավիճակներին արձագանքման պատրաստվածությունը

Հետազոտության մեջ ընդգրկված ԱԱՊ բուժաստատությունները, բացառությամբ Ամասիայի առողջության կենտրոնի, բավականաչափ պատրաստ չեն անհետաձգելի/արտակարգ իրավիճակ-

ներում երիտասարդների, կանանց և տղամարդկանց ՍՎԱ կարիքներին արդյունավետ կերպով արձագանքելու համար, լինի դա բռնաբարություն, անցանկալի հղիություն, վիժում, վաղաժամ ծննդաբերություն, ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ի դիսկ, և այլն:

Արտակարգ իրավիճակներում շտապ օգնության կանոնակարգը հազվադեպ էր ցուցադրված բուժհաստատություններում: Նկատվում էր անհետաձգելի ՍՎԱ ծառայություններ տրամադրելու համար անհրաժեշտ սարքավորումների, դեղորայքի և անձնական պաշտպանության միջոցների՝ հատուկ ակնոցների, ձեռնոցների, դիմակների և կոշիկների պակաս:

Տնօրեններն ու բուժօգնություն տրամադրողները կիսում էին այն կարծիքը, որ համայնքներում արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածության բարելավման համար անհրաժեշտ է իրազեկել բուժանձնակազմին, տրամադրել տրանսպորտային միջոցներ, ապահովել անհետաձգելի օգնության համար պահանջվող պարագաների և դեղորայքի նվազագույն քանակության առկայությունը:

Մեջբերում

«... Մեր մարզը ծանր երկրաշարժ տարավ... շատերը զոհվեցին այդ ժամանակ... Պատճառներից մեկն էր արագ արձագանքման առողջապահության համակարգի անպատրաստ լինելը...»
65 տարեկան աշխատակցուհի

Ըստ հասարակական կարծիքի համայնքի բնակչության, հատկապես կենսաբանական-բժշկական կրթությամբ երիտասարդների շրջանում անհրաժեշտ է կազմակերպել անհետաձգելի իրավիճակներում մարդկանց առաջին օգնության կազմակերպման և տրամադրման տեղեկացվածությունը բարձրացնող դասընթացներ: Հետագայում նրանք կարող են ակտիվորեն տարածել ձեռք բերված գիտելիքները և իրազեկել իրենց տարեկիցներին և համայնքի այլ անդամներին:

4.10. Բժշկական տվյալների գրանցումն ու հաշվետվությունը

Վերջին տարիներին ԱՆ-ն ներդրել է բժշկական տեղեկատվության կառավարման համակարգ և պատրաստել է համապատասխան անձնակազմ՝ տեղեկատվության մուտքագրման և հաշվետվության համար: Այցելուի վերաբերյալ տվյալները գրանցվում են և հետագայում թարմացվում պաշտոնապես հաստատված վիճակագրական ձևաչափերում: Այնուամենայնիվ, այդ վիճակագրական ձևաչափերը արտացոլված չեն երիտասարդների ՍՎԱ-ին վերաբերող որոշ կարևոր բաղադրիչներ:

Հնարավոր չեղավ պարզել բուժհաստատությունում օրական/ամսական կտրվածքով երիտասարդ այցելուների միջին թիվը, ոչ էլ պարզել, թե դրանցից քանիսն էին դիմել ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու համար:

4.11. Բուժծառայություններից հետո այցելուների հետ անցկացրած հարցազրույցների արդյունքները

Որպես գնահատման գործընթացի մի մաս, բուժհաստատությունների ելքի մոտ անցկացվեցին հարցազրույցներ 28 երիտասարդ այցելուների հետ, բնականաբար՝ կանխավ ստանալով նրանց համաձայնությունը և վստահեցնելով, որ տվյալները չեն բացահայտվելու և պահվելու են գաղտնի: Դրանց մեծամասնությանը հիմնականում գոհ էին տրամադրված բուժծառայություններից:

Հարցվածներից միայն 8-ն էին եկել ՍՎԱ հարցերով, մասնավորապես՝ հղիության ախտորոշման կամ նախաձննդյան խնամքի համար, ինչպես նաև վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի, արյունահոսության, սեռավարակների և անպտղության առիթներով: Նրանց մեծ մասը ստացել էին իրենց համար ցանկալի ծառայությունները, բացառությամբ երկուսի, որոնցից մեկը տառապում էր անպտղությամբ, իսկ մյուսին սպառնում էր վաղաժամ ծննդաբերություն: Համապատասխան ծառայությունների բացակայության պատճառներով այս հիվանդներն ուղեգրվեցին երրորդային մակար-

դակի բուժհաստատություններ:

Բոլոր անհրաժեշտ ծառայությունները նույն հաստատությունում ստանալու հնարավորության վերաբերյալ կային տարբեր կարծիքներ: Նշվեց, որ դրա առավելություններից են ժամանակի խնայողությունն ու հարմարավետությունը: Հարցվածների մի մասը ասում էր, որ այդ ծառայությունների տրամադրումը նույն համայնքային բուժհաստատությունում կարող է խոչընդոտել մատչելիությունը՝ համայնքի բուժաշխատողի հետ աբորտի, ՄԻԱՎ/ՍՃՓՎ-ի և սեռականության հետ կապված այլ խնդիրների մասին խոսելու անհարմարության և պարսավանքի վախի պատճառով:

Մեջբերում.

«... Գինեկոլոգիական հետազոտության համար ես երբևէ չեմ գա այս հաստատություն պարզապես որովհետև անհարմար կզգամ...»

22 տարեկան գյուղաբնակ այցելու

4.12. Բուժհաստատության “երիտասարդներին՝ բարյացակամ” լինելու վկայագրում

Բուժծառայությունների որակի գնահատման համար սահմանվեցին բուժհաստատության տեսակին համապատասխան երեք տարբեր չափորոշիչներ և պահանջներ. 1) ԲՄԿ-ների համար, 2) Գյուղական առողջության կենտրոնների և ամբուլատորիաների համար, 3) Քաղաքներում երկրորդային մակարդակի հիվանդանոցների համար:

Որակի նպատակակետերը հիմնված էին ՍՎԱ խնամքի միջազգային և տեղական չափորոշիչների վրա: Արագ գնահատման գործընթացի ժամանակ դիտարկողները գրառումներ էին կատարում որակի վերահսկման ստուգաթերթիկում՝ նշելով յուրաքանչյուր չափորոշիչի դիմաց առկա վիճակի գնահատականը հետևյալ կերպով: Եթե առկա վիճակը լիովին համապատասխանում է որակի սահմանված չափորոշիչին՝ տրվում է 2 միավոր, եթե այն չի համապատասխանում սահմանված չափորոշիչին՝ տրվում է 0 միավոր: Իսկ բարեփոխումների անհրաժեշտության դեպքում տրվում է 1 միավոր:

Գնահատումը ցույց տվեց, որ Գյումրու ծննդատունը և Եղեգնաձորի առողջության կենտրոնը ապահովում են ՍՎԱ ծառայությունների տրամադրման բավարար մակարդակ, այնուամենայնիվ, կար որակի բարելավման անհրաժեշտություն: Հետազոտության մեջ ընդգրկված գյուղական բուժհաստատություններից ոչ մեկը չէր բավարարում երիտասարդների համար բարյացակամ ՍՎԱ ծառայությունների համար սահմանված որակի չափորոշիչներին:

Հաշվի առնելով հետազոտության տվյալների գաղտնիության սկզբունքը, առանձին բուժհաստատություններին բնորոշ որակավորման մանրամասները այս զեկույցում չեն ներկայացվում: Սակայն հետազոտության նախնական արդյունքները և բարելավման ենթակա խնդիրները ներկայացվել են բուժհաստատությունների տնօրեններին/ղեկավարներին: Համաձայնություն ձեռք բերվեց, որ հավաքագրված տեղեկատվությունն ամփոփելուց հետո իրենց կներկայացվեն արագ գնահատման արդյունքները՝ ծառայությունների որակի բարելավմանն ուղղված գործողությունների պլանի մշակման նպատակով:

4.13. Բուժհաստատության և անձնակազմի հիմնական կարիքները

Բուժհաստատությունների տնօրեններն ու բուժաշխատողները նշեցին այն հիմնական կարիքները, որոնց բավարարման միջոցով հնարավոր կլինի տրամադրել իրենց համայնքների բնակիչներին, հատկապես երիտասարդներին, որակյալ և այցելուներին բարյացակամ ծառայություններ: Այդ կարիքները ամփոփված են ստորև.

1. Ենթակառուցվածքային բարեփոխումների և բուժծառայություններ տրամադրողների ՍՎԱ ծա-

նայություններ մատուցելու կարողությունները բարելավման համար բավարար ֆինանսական միջոցների անհրաժեշտություն

2. Բուժհաստատությունների վերանորոգման, կահավորման, ինչպես նաև ջեռուցման, ջրամատակարարման և կոյուղու համակարգերի բարելավման անհրաժեշտություն
3. Հիվանդների ուղեգրման և տեղափոխման, ինչպես նաև դեպի հարևան գյուղական համայնքները բժիշկների այցելությունների ապահովման համար տրանսպորտային միջոցների անհրաժեշտություն
4. Հաղորդակցման համակարգի բարելավման անհրաժեշտություն (համակարգիչների տրամադրում, համացանցից և բջջային հեռախոսներից օգտվելու հնարավորություն)
5. Ղեկավարության, բժշկական և մնացած անձնակազմի համար ՍՎԱ և ՄԻԱՎ հարցերի շուրջ դասընթացների կազմակերպման և պարբերաբար վերապատրաստման անհրաժեշտություն
6. Հիմնական բժշկական սարքավորումներով, պարագաներով և միջոցներով հագեցվածության անհրաժեշտություն
7. Կարևորագույն դեղորայքով, բեղմնականիսիչներով ապահովվածության անհրաժեշտություն
8. Բուժհաստատությունների ղեկավարների և բուժաշխատողների համար մայրենի լեզվով ուղեցույցների, ընթացակարգերի և ձեռնարկների անհրաժեշտություն
9. Բուժհաստատություններ այցելողների համար մայրենի լեզվով տեղեկատվական նյութերի անհրաժեշտություն:

Մեջբերում.

«... Մեր հիմնական կարիքներն են համապատասխան ֆինանսավորումը, բավարար աշխատավարձը և անհրաժեշտ պարագաներով ապահովվածությունը: Սակայն ոչ պակաս կարևոր են մայրենի լեզվով ուղեցույցները, ընթացակարգերն ու ձեռնարկները»:

ԱԱՊ հաստատության տնօրեն

5 ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ և ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

5.1. Եզրահանգումներ

Հիմք ընդունելով տվյալ հետազոտության և մեր նախկին ուսումնասիրությունների արդյունքները, միաժամանակ հաշվի առնելով երկրի օրենսդրական դաշտը, ժողովրդագրական բնութագիրը, սոցիալ-տնտեսական իրավիճակը և հանրային առողջապահական ենթակառուցվածքն ու ֆինանսավորումը՝ մենք բացահայտեցինք համայնքներին բնորոշ համընդհանուր առանցքային միջառք գործոններ, ինչպես նաև վերջին տարիներին ի հայտ եկած՝ բնակչությանն առնչվող խնդիրներ, որոնք բացասաբար են անդրադառնում Հայաստանի երիտասարդների սեռական և վերարտադրողական առողջության վրա: Բացահայտված մի քանի գործոններ տարածվում են թիրախ համայնքների սահմաններից դուրս, ինչը կարող է երկարաժամկետ հետևանքներ թողնել գալիք սերունդների վրա:

Այդ արդյունքներից շատերը կրկին անգամ հաստատեցին և ընդգծեցին այն խնդիրները, բացերն ու ուղղությունները, որոնք ուրվագծված են ՀՀ առողջապահության նախարարության Վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագրում: Ուստի և այդ ծրագրի ռազմավարական նպատակներին հասնելու համար անհրաժեշտ է ձեռնարկել առավել համարձակ և արդյունավետ միջոցներ: Հետազոտության հիմնական եզրահանգումներն ու դրանց հիմնավորումները նկարագրված են ստորև:

Ա. Միմյանց հակասող օրենսդրական դրույթներ

Անձնական տեղեկատվության գաղտնիության և մեկուսիության պայմաններում մատչելի ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու դեռահասների իրավունքների մասին օրենսդրական դրույթները հակասում են բժշկական միջամտություններից առաջ ծնողի համաձայնությունը ստանալու իրավական պահանջներին: Սա խոչընդոտում է բարձրորակ և անվտանգ ՍՎԱ ծառայությունների մատչելիությունը չամուսնացած երիտասարդների համար և խթանում է անօրինական և անապահով բժշկական միջամտությունների օգտագործումը՝ կյանքին վտանգ սպառնացող իր բոլոր հնարավոր բարդություններով:

Հիմնավորում

- Գաղտնիության պայմաններում սեռական ու վերարտադրողական առողջության հետ կապված որակյալ ծառայություններ ստանալու դեռահասների իրավունքները ամրագրվել են Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին (2002թ) ՀՀ օրենքում: Այդուհանդերձ, համաձայն Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի (1996թ.), 18 տարեկանից փոքր անձին ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարելու համար, ներառյալ չնախատեսված հղիության ընդհատումը, պահանջվում է ծնողի համաձայնությունը:
- Միմյանց հակասող այս օրենսդրական դրույթները շփոթության մեջ են գցում բժիշկներին, հատկապես այն դեպքերում, երբ դեռահասները չեն ուզում տեղեկացնել ծնողներին ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու մասին և ցանկանում են պահպանել գաղտնիությունը: Սա կարող է օրենսդրական խոչընդոտներ ստեղծել սեռական կյանքով ապրող չամուսնացած դեռահասների համար բուժօժանոթությունների մատչելիության տեսանկյունից՝ նպաստելով անօրինական և անապահով միջամտությունների խթանմանը և կյանքին վտանգ սպառնացող հնարավոր բարդությունների առաջացմանը (հարկ է կատարել լրացուցիչ ուսումնասիրություններ):

Բ. Քաղաքական կամքի դրսևորման և ֆինանսական հատկացումների պակաս

Ներկայումս երիտասարդների զարգացման, նրանց սեռական և վերարտադրողական առողջության խթանման ու պահպանման համար անհրաժեշտ քաղաքական կամքի դրսևորումն ու ֆինանսական հատկացումները բավարար չեն մեր երկրում: Դա խոչընդոտում է բեղմնականիսման միջոցների ապահովվածությանը, դպրոցներում համապարփակ սեռական դաստիարակության առարկայի ներդրմանը, ինչպես նաև սովորական և արտակարգ իրավիճակներում երիտասարդների համար բարյացակամ սեռական ու վերարտադրողական առողջության ծառայությունների մատչելիությանը:

Հիմնավորում

- ♦ Համաձայն Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին (2002թ.) ՀՀ օրենքի՝ դեռահասներն ունեն սեռականության հարցերի շուրջ կրթություն ստանալու, ինչպես նաև բարյացակամ սեռական և վերարտադրողական առողջության առաջնային բուժառայություններից օգտվելու իրավունք: Այս օրենսդրական դրույթները դեռևս չեն իրագործվել:
- ♦ Մինչ այժմ դեռահասները հնարավորություն չունեն ստանալու հանրակրթական դպրոցներում աշակերտների տարիքին և սեռին համապատասխան, նաև մշակութային արժեքներին համահունչ համապարփակ սեռական դաստիարակություն:
- ♦ Որոշ դպրոցներում ներկայումս դասավանդվում է «Առողջ ապրելակերպ» առարկան, որն իր մեջ հիմնականում ներառում է տարրական տեղեկատվություն սեռական օրգանների անատոմիայի և ֆիզիոլոգիայի, ինչպես նաև ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ:
- ♦ Խմբային քննարկումների մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը գտնում է, որ հանրակրթական դպրոցների ծրագրերում պետք է պարտադիր կերպով ներառվի համապարփակ սեռական դաստիարակություն առարկան: Ի դեպ, համաձայն ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից ընդունված Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին (2002թ.) ՀՀ օրենքի, սեռական դաստիարակության առարկան պետք է ներդրվեր հանրակրթական դպրոցներում դեռևս 2003 թվականին:
- ♦ Համապարփակ սեռական դաստիարակության առարկայի ներդրման համար անհրաժեշտ է բավարարել հանրակրթական դպրոցների ուսուցիչների և մանկավարժական հաստատությունների դասախոսների մասնագիտական կրթության և վերապատրաստման կարիքները, ինչպես նաև մշակել և տպագրել համապատասխան ձեռնարկներ, ուղեցույցներ և դասագրքեր:
- ♦ Հանրային առողջապահությանն ուղղված ծախսերի առումով Հայաստանը գտնվում է ամենացածր մակարդակ ունեցող երկրների շարքում: Սահմանափակ բյուջեն հազիվ է ծածկում առաջնային առողջապահական ծառայությունների ինքնարժեքը և չի ապահովում բեղմնականիսման միջոցների և երիտասարդներին՝ բարյացակամ, ինտեգրված ՍՎԱ և ՍՃՓՎ/ՄԻԱՎ-ի հետ կապված ծառայությունների տրամադրումը:
- ♦ Համավճարային համակարգի ներդրման հետևանքով սեռական ու վերարտադրողական առողջության և շտապ օգնության ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը նվազել է երիտասարդների ու այլ խոցելի խմբերի համար:
- ♦ Ներկայումս քննարկվում է պետական առողջապահական բյուջեի միջոցներից վերարտադրողական առողջության պարագաներով ապահովվածության համար ֆինանսական հատկացումների անհրաժեշտության հարցը: Այդուհանդերձ, մեր երկրում դեռևս գոյություն չունի և ոչ էլ ծրագրված է մշակել ու կիրառել ՍՎԱ պարագաների ապահովվածությանն ուղղված համակարգող որևէ մեխանիզմ: Չկա նաև բեղմնականիսման միջոցների գնման ու բաշխման ազգային ռազմավարություն:

Գ. Կանանց սեռական իրավունքները սահմանափակող սոցիալական նորմեր և ակնկալիքներ

Թիրախ համայնքներում ապրող բազմաթիվ երիտասարդներ, հատկապես աղջիկներ, բախվում են իրենց անձնական և ընտանեկան կյանքի մեջ այլոց ներխուժումներին, քանի որ հայ ընտանիքներում և հասարակության մեջ դեռևս պահպանված է աղջիկների մինչամուսնական կուսության ավանդույթը և դրա հետ կապված նորապսակների սավանի ստուգման ծիսակատարությունը:

Հիմնավորում

- ♦ Աղջիկների մինչամուսնական կուսության ավանդույթը դեռևս լայն տարածում ունի հետազոտության մեջ ընդգրկված համայնքներում: Աղջիկների համար նախքան ամուսնությունը սեռական հարաբերություններ ունենալը խիստ պախարակելի է, մինչդեռ տղաների մինչամուսնական սեռական կապերը հանդուրժվում են հասարակության և ընտանիքի կողմից:
- ♦ Կուսության ստուգման հարսանյաց ծիսակատարությունը ոտնահարում է կնոջ և տղամարդու իրավահավասարության և այլոց կողմից անձնական կյանքի մեջ ներխուժումներից պաշտպանված լինելու իրավունքը:

Դ. Սեռական և վերարտադրողական առողջության ու իրավունքների, սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի, նաև համապատասխան բուժառայությունների առկայության վերաբերյալ իրազեկվածության պակաս

Թիրախ համայնքներում ապրող երիտասարդների և մեծահասակների շրջանում թերի է իրազեկվածությունը սեռական և վերարտադրողական առողջության ու իրավունքների, սեռավարակների, ՄԻԱՎ-ի, նաև համապատասխան բուժառայությունների առկայության վերաբերյալ: Իրազեկվածության պակասը հատկապես դրսևորվում է բեղմնականխման միջոցների վստահելիության, անվտանգության և օգտագործման հարմարավետության, ինչպես նաև հղիության ընդհատման ժամանակակից մեթոդների մասին իմացության հարցերում:

Հիմնավորում

- ♦ Հայկական ավանդական ընտանիքներում ներկայիս սերնդի դեռահասների ծնողները դեռևս դժվարանում են խոսել իրենց երեխաների հետ սեռական առողջության ու փոխհարաբերությունների մասին: Բացի այդ, նրանք իրենց պատանեկության տարիներին չեն ստացել սեռական դաստիարակություն դպրոցներում, և մեծամասնությունը չունի համապատասխան գիտելիքներ:
- ♦ Սեռականության, սեռական և վերարտադրողական առողջության ու իրավունքների մասին ամենահաճախ օգտագործվող տեղեկատվական աղբյուրները երիտասարդների համար հանդիսանում են ընկերներն ու տարեկիցները/հավասարակիցները: Սակայն նրանցից ստացված տեղեկատվությունը, սովորաբար, անձնական փորձի վրա է հիմնված և ոչ միշտ է վստահելի:
- ♦ Այս հետազոտության մասնակից երիտասարդների 40%-ը և մեծահասակների 22%-ը ունեն համակարգչային տարրական գիտելիքներ և առցանց հաղորդակցվում են միմյանց հետ «ՍԿԱՅՊ» ծրագրի և սոցիալական ցանցերի միջոցով: Այդուհանդերձ, նրանք դժվարանում են գտնել մայրենի լեզվով վստահելի տեղեկատվություն սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ:
- ♦ Հետազոտության մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը կանոնավոր կերպով դիտում է հանրային հեռուստաընկերությունների հաղորդումները և լսում է ռադիո: Սակայն այդ հաղորդումներում չեն ընդգրկվում հանրակրթական ծրագրեր՝ ուղղված դեռահասների սեռական

առողջությանը: Հազվադեպ են հանդիպում նաև սոցիալական հոլովակներ, որոնք գովազդում են բեղմնականխման վստահելի և ապահով միջոցները, կամ երիտասարդներին՝ բարյացակամ սեռական ու վերարտադրողական առողջության առկա ծառայությունները, կամ էլ սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հարցերի շուրջ կամավոր խորհրդատվության և թեստավորման հնարավորությունները:

- ♦ Թիրախ համայնքներում ապրող երիտասարդների համար սահմանափակ են տեղեկատվական աղբյուրներից օգտվելու հնարավորությունները: Մատչելի չեն մայրենի լեզվով տպագրված ամսագրերը, բրոշյուրները և այլ նյութերը, որոնք տալիս են վստահելի տեղեկություններ դեռահասների սեռականության և զանազան ՍՎԱԻ հետ կապված խնդիրների մասին:

Ե. Սեռական և վերարտադրողական առողջությանը, սեռավարակներին և ՄԻԱՎ-ին առնչվող երիտասարդների հանդեպ բարյացակամ բուժօժանայությունների մատչելիության պակաս

Թիրախ համայնքներում ապրող երիտասարդների համար սեռական և վերարտադրողական առողջության, սեռավարակներին և ՄԻԱՎ-ին առնչվող ինտեգրված բուժօժանայությունները, ինչպես նաև բեղմնականխման ժամանակակից միջոցները մատչելի չեն մի շարք խոչընդոտների պատճառով: Դրանց թվում են՝ երիտասարդների կարիքներին չհամապատասխանող բուժհաստատությունների ենթակառուցվածքը, անհրաժեշտ բժիշկ-մասնագետների բացակայությունը կամ մասնագիտական թերի կարողությունները, մեկուսիության և անձնական տվյալների գաղտնիության իրավունքների ոչ լիարժեք ապահովումը, որոշ երիտասարդների հանդեպ բուժանձնակազմի դատապարտող վերաբերմունքը, ծառայությունների և բեղմնականխից միջոցների սահմանափակ շրջանակն ու թանկ գները:

Հիմնավորում

- ♦ Հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի ու Վայոց Ձորի մարզերի թիրախ բուժհաստատությունների ենթակառուցվածքը հնարավորություն չի տալիս տրամադրել երիտասարդներին ինտեգրված սեռական և վերարտադրողական առողջության, սեռավարակներին և ՄԻԱՎ-ին առնչվող բարյացակամ և մատչելի բուժօժանայությունների լայն շրջանակ:
- ♦ Ինտեգրված սեռական և վերարտադրողական առողջության, սեռավարակներին և ՄԻԱՎ-ին առնչվող ծառայություններ մատուցելու իրավասություն ունեցող գինեկոլոգները, մաշկաբան-վեներոլոգները և այլ մասնագետները գործում են հիմնականում բուժօժանայությունների երկրորդային մակարդակում:
- ♦ Գյուղական վայրերում աշխատող ընտանեկան բժիշկներն ու այլ բուժաշխատողները չունեն համապատասխան մասնագիտական կարողություններ՝ տրամադրելու երիտասարդներին սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերին առնչվող բարյացակամ բուժօժանայություններ:
- ♦ Նախքան ամուսնությունը սեռական հարաբերություններ ունեցած կանանց հանդեպ բուժաշխատողների և դեղագործների դատապարտող վերաբերմունքը, ինչպես նաև մեկուսիության և անձնական տվյալների գաղտնիության իրավունքների ոչ լիարժեք ապահովումը արգելք են հանդիսանում ժամանակակից բեղմնականխման միջոցների, ապահով արբորտի, սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հարցերի շուրջ կամավոր խորհրդատվության և թեստավորման ծառայությունների մատչելիության համար: Դրա հետևանքով կանայք ստիպված են լինում զբաղվել ինքնաբուժմամբ կամ ինքնուրույն կերպով փորձում են վիժում առաջացնել, ինչն էլ կարող է կյանքին վտանգ սպառնացող բարդությունների պատճառ դառնալ:
- ♦ ՍՎԱ և ապահով արբորտի, սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի հետ առնչվող ծառայություններից, ինչպես նաև ժամանակակից բեղմնականխման միջոցներից օգտվելու կամ չօգտվելու հարցում որոշում կայացնելիս գինը նույնպես կարևոր գործոն է հանդիսանում: Սա հատկապես վերաբերում

է գյուղաբնակ և ցածր եկամուտ ունեցող երիտասարդ կանանց: Մեկուսիության և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանման նպատակով Երևան գալ ցանկացողները կատարում են նաև լրացուցիչ ճանապարհաճախ:

- Խմբային քննարկումների իգական և արական սեռի մասնակիցների կարծիքով բեղմնականիսի դեղահաբերը վնասակար են կնոջ առողջության համար: Թերևս հաբերի կողմնակի ազդեցությունների և հետևանքների հանդեպ վախն է պատճառը, որ Շիրակի և Վայոց Ձորի մարզերում հորմոնալ մեթոդները հազվադեպ են օգտագործվում: Շուկայում առկա բեղմնականիսի ժամանակակից մեթոդների շրջանակը սահմանափակվում է պահպանակներով, հաբերով և ներարգանդային միջոցներով:

2. Արտակարգ իրավիճակներում ՍՎԱ հետ կապված կարիքներին արձագանքման ոչ բավարար պատրաստվածություն

Գյուղական վայրերի թիրախ բուժհաստատությունները և համայնքները լիարժեք կերպով պատրաստված չեն արձագանքելու երիտասարդների և մեծահասակների հրատապ կարիքներին՝ ոչ սովորական, ո՛չ էլ արտակարգ իրավիճակներում:

Հիմնավորում

- Հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ որոշ գյուղական վայրերի բուժհաստատությունները պատշաճ վիճակում չեն գտնվում և գրեթե մատչելի չեն հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար: Դա իր հերթին դժավարացնում է հիվանդներին հրատապ օգնության ցուցաբերումը: Ուղեգրման մեխանիզմները թերի են, իսկ գյուղական վայրերի բուժաշխատողները երբեմն չունեն անհրաժեշտ հմտություններ արտակարգ իրավիճակներում առաջին օգնություն ցուցաբերելու կամ ուղեգրում կազմակերպելու համար: Այդ ամենը հատկապես անհրաժեշտ է վաղաժամ ծննդաբերության, վիժումների, նաև հղիության, ծննդաբերության և անապահով աբորտի հետ կապված բարդությունների, հեշտոցային առատ արյունահոսության, սաստիկ ցավերի, կոլապսի, շոկի, բռնաբարության և բռնության այլ դեպքերում:
- Համայնքի բնակիչները չունեն բավարար տեղեկացվածություն վերոհիշյալ արտակարգ իրավիճակներում իրենց և ուրիշներին առաջին օգնություն ցուցաբերելու հարցերում:

Է. Բնակչությանն առնչվող նորահայտ խնդիրներ

Վերջին տարիներին ի հայտ եկան բնակչությանն առնչվող մի շարք նոր խնդիրներ, մասնավորապես՝ համատարած աղքատությունը, գործազրկությունը, երիտասարդ և վերարտադրողական ավելի մեծ տարիքի տղամարդկանց աշխատանքային ինտենսիվ միգրացիան, որոնց հետևանքով բազմաթիվ ընտանիքներ սկսեցին անջատ ապրել, տարածվեց ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը, կտրուկ իջավ ծնելիությունը, պտղաբերությունը նվազեց և այլևս չի ապահովում պարզ վերարտադրողական մակարդակը: Արդյունքում՝ Հայաստանի բնակչությունը «ծերանում է»:

Հիմնավորում

- Շիրակի մարզից այս հետազոտությանը մասնակից երիտասարդները 1988-ի երկրաշարժից հետո ծնված սերնդի ներկայացուցիչներն են: Դաժան երկրաշարժին և բազմաթիվ մարդկային կորուստներին հաջորդեցին Լեռնային Ղարաբաղի պատերազմը, ցուրտ ձմեռները, շրջափակումը, տնտեսական ճգնաժամը, գործազրկությունը, արտագաղթը, որոնք էլ ավելի վատթարացրին երկրի սոցիալ-տնտեսական պայմաններն ու բնակչության կենսամակարդակը:
- Շիրակի ու Վայոց Ձորի մարզերի բազմաթիվ տղամարդիկ, ներառյալ երիտասարդները, երկարատև գործազրկությունից ու աղքատությունից դրդված, ստիպված էին մեկնելու Ռուսաստան, Ուկրաինա կամ այլ երկրներ՝ գոյատևելու համար գումար վաստակելու և իրենց ընտանիքներին

օգնելու համար:

- ♦ Տղամարդկանց ինտենսիվ և երկարաժամկետ արտագաղթի հետևանքով բաժանվում են բազմաթիվ ընտանիքներ, որի արդյունքում որոշ գյուղեր այժմ գրեթե ամբողջովին բնակեցված են կանանցով, երեխաներով, դեռահասներով ու ծերերով:
- ♦ Տղամարդ միգրանտների անապահով սեռական վարքագիծը երբեմն հանգեցնում է սեռավարակների/ՄԻԱՎ-ի տարածմանը, իսկ արտագնա աշխատանքներից վերադառնալուց հետո՝ նաև իրենց զուգընկերներին և ընտանիքի անդամներին այդ վարակների փոխանցմանը:
- ♦ Վերը նշված բոլոր գործոնները միջին մակարդակի մահացության պայմաններում նպաստեցին ծնելիության արագ անկմանը՝ կտրուկ իջեցնելով պտղաբերության ցուցանիշը, որն այժմ պարզ վերարտադրողությունն ապահովող մակարդակից ցածր է: Այս ամենի արդյունքում տեղի է ունենում Հայաստանի բնակչության ծերացում:

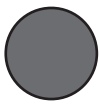
5.2. Քաղաքականության բարեփոխումների առաջարկներ

Հիմք ընդունելով խմբային քննարկումների և բուժհաստատությունների արագ գնահատման արդյունքները՝ հետազոտական թիմը քաղաքականություն մշակողների ուշադրությանն է ներկայացնում մի շարք բարեփոխումների առաջարկներ: Այդ առաջարկների մի մասը համահունչ է Առողջապահության նախարարության ՎԱ ազգային ծրագրի հիմնական դրույթներին, որոնք, սակայն, դեռևս չեն իրականացվել: Այդ բարեփոխումները արդյունավետ ու հետևողական ջանքեր են պահանջում՝ շահագրգիռ բոլոր կողմերի մասնակցությամբ:

1. Անհրաժեշտ են օրենսդրական փոփոխություններ դեռահասների՝ ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու իրավունքների մասին հակասական դրույթները հստակեցնելու համար, մասնավորապես, օրենքով հաստատագրված անձնական տեղեկատվության գաղտնիության և մեկուսիության պայմաններում մատչելի ՍՎԱ ծառայություններից օգտվելու դեռահասների իրավունքին հակասում է մեկ այլ օրենք, որի համաձայն պահանջվում է ծնողի համաձայնությունը ցանկացած բժշկական միջամտությունից առաջ:
2. ՀՀ կառավարությունը պետք է ցուցաբերի առավել մեծ քաղաքական կամք ու ներդնի բավարար ֆինանսական միջոցներ երիտասարդների առողջության պահպանման, զարգացման ու պաշտպանության ուղղությամբ, մասնավորապես. 1) ապահովի բեղմնականիսիչ միջոցների մատչելիությունը խոցելի խմբերի համար, 2) ներդնի հանրակրթական դպրոցներում տարիքային և գենդերային նկատառումներին համապատասխան և երկրի մշակույթին համահունչ համապարփակ սեռական դաստիարակության ծրագիրը, նաև 3) երկրով մեկ ընդլայնի երիտասարդներին՝ բարյացկամ սեռական ու վերարտադրողական առողջության առաջնային բուժօժանայությունների հանրային ցանցը:
3. Անհրաժեշտ է բարձրացնել երիտասարդների և մեծահասակների իրազեկվածությունը գենդերային իրավահավասարության, ՍՎԱԻ, սեռավարակների, ՄԻԱՎ-ի, ինչպես նաև առկա ՍՎԱ ծառայությունների ու բեղմնականիսիչ միջոցների վերաբերյալ: Իրազեկումը կարելի է իրականացնել հետևյալ կերպ.
 - ♦ Հանրակրթական դպրոցների, քոլեջների ու համալսարանների ծրագրերում ներդնել համապարփակ սեռական դաստիարակության առարկան,
 - ♦ Բարելավել առցանց առողջապահական տեխնոլոգիաներից օգտվելու երիտասարդների հնարավորությունները,
 - ♦ Երիտասարդների համար ապահովել մայրենի լեզվով ուսուցողական նյութեր թե՛ գրքային, թե՛ թվային տարբերակով,
 - ♦ Ամրապնդել հավասարը՝ հավասարին կրթելու գործընթացը,
 - ♦ Համագործակցել քաղաքացիական հասարակության, սոցիալական լրատվամիջոցների և մասնավոր սեկտորի հետ:

4. Կառավարությունը պետք է մշակի արդյունավետ քաղաքականություն ու ռազմավարություն և բավարար ֆինանսական միջոցներ հատկացնի գյուղական վայրերի բուժհաստատությունների ենթակառուցվածքների բարելավման և բուժաշխատողների կարիքների բավարարման համար: Անհրաժեշտ է ապահովել երիտասարդների բնակության և ուսուցման վայրին հնարավորինս մոտ այնպիսի բժիշկ-մասնագետների առկայությունը, որոնք ունեն հիմնարար հմտություններ դեռահասների սեռական ու վերարտադրողական առողջության հարցերի վերաբերյալ և կարող են տրամադրել սեռական ու վերարտադրողական առողջապահական երիտասարդներին՝ բարյացակամ ծառայություններ:
5. Մարզային ու համայնքային մակարդակներում պետական առողջապահական մարմինները և բուժհաստատությունների ղեկավարները պետք է բարելավեն և ամրապնդեն գյուղական առաջնային առողջապահական հաստատությունների և համայնքների պատրաստվածությունն ու կարողությունները՝ սովորական և արտակարգ իրավիճակներում արձագանքելու երիտասարդների ՍՎԱ կարիքներին: Դրան կարելի է հասնել հանրային իրազեկման, երիտասարդների մասնակցության խթանման, բուժհաստատությունների ենթակառուցվածքների բարելավման, անհրաժեշտ սարքավորումների, նյութերի և դեղորայքի տրամադրման շնորհիվ, ինչպես նաև ապահովելով փոխադրամիջոցների առկայությունը՝ հիվանդներին և արտակարգ իրավիճակներից տուժածներին երկրորդային ու երրորդային մակարդակի բուժհաստատություններում շտապ օգնություն ցուցաբերելու համար:

Եվ վերջապես, հիմք ընդունելով այս հետազոտության և այլ ուսումնասիրությունների արդյունքները՝ մեր համոզմունքն ենք արտահայտում, որ երիտասարդների մասնակցությունը որոշումների կայացմանը և ծրագրերի իրականացմանը կարող է մեծապես նպաստել անապահով աբորտների, սեռավարակների և ՄԻՎՎ-ի կանխարգելմանը: Դրա արդյունքում կարող է որոշ չափով բարելավվել ընտանիքների առողջությունն ու բարեկեցությունը, ինչը կնպաստի ծնելիության և պտղաբերության մակարդակի բարձրացմանը և սերնդափոխման բնականոն գործընթացի ապահովմանը: Թերևս միայն երիտասարդների անմիջական մասնակցությամբ Հայաստանը կկարողանա հաղթահարել ազգաբնակչության թվի նվազման ճգնաժամը:



Հապավումներ

ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱԵԿԱ	Արևելյան Եվրոպա և Կենտրոնական Ասիա
ԱՀԿ	Առողջության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԲՄԿ	Բուժակ-մանկաբարձական կետ
ԳԲԱ	Գյուղական բժշկական ամբուլատորիա
ԸՊ	Ընտանիքի պլանավորում
ԾՈՀ	Ծառայությունների որակի հավաստագրում
ՀՁՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՁԻԱՀ	Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՁՎԱ	Ձեռքային վակուումային ասպիրացիա
ՄԱԿ	Միացյալ ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՍԵՄՀ	Սկզբնական նվազագույն միջոցառումների համալիր
ՆԱՄ	Ներարգանդային միջոցներ (IUD)
ԸԱՀԱ	Ընտանիքի առողջության համահսկական ասոցիացիա
ՊՄԳԿ	Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոն
ՍՃՓՎ	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ
ՍՎԱ	Սեռական և վերարտադրողական առողջություն
ՍՎԱԻ	Սեռական և վերարտադրողական առողջություն և իրավունքներ
ՎԱ	Վերարտադրողական առողջություն
ԿԽԹ	Կամավոր խորհրդավություն և թեսթավորում
ՎՁՄ	Վայոց Ձորի մարզ
ՇՄ	Շիրակի մարզ

