

**Պտղի սեռի խտրական ընտրության դեմ պայքար**  
**Combating Gender-Biased Sex Selection in Armenia**

# **Առողջապահության ոլորտում սեռի հատկանիշով պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման քաղաքականության և գործող պրակտիկայի վերլուծություն**

© Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2016

Սույն ծրագիրն իրականացվում է Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնի, Արմավիրի զարգացման կենտրոնի, Մարտունու կանանց համայնքային խորհրդի և Սեյվ դը չիլդրենի կողմից: Սույն հրատարակության մեջ տեղ գտած կարծիքները պարտադիր չէ, որ համընկնեն Եվրոպական միության կարծիքների հետ:



Ծրագիրը ֆինանսավորվում է  
Եվրոպական միության կողմից  
This project is funded by  
the EUROPEAN UNION



Մարդկային զարգացման  
միջազգային կենտրոն  
International Center for  
Human Development



Արմավիրի զարգացման  
կենտրոն  
Armavir Development  
Center



Մարտունու Կանանց  
Համայնքային խորհուրդ  
Martuni Women's  
Community Council



Save the Children

Սեյվ դը չիլդրեն  
Save the Children

## I. Կիրառված մեթոդաբանությունը

1. Սեռի հատկանիշով պտղի խտրական ընտրության կանխարգելման վրա առողջապահության ոլորտում Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացվող պետական քաղաքականության ազդեցությունը գնահատելու նպատակով՝ կիրառվել են հետևյալ մեթոդները.
  - առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության սահմանափակման միջազգային փորձը և մասնագիտական էթիկան
  - առողջապահության ոլորտի իրավական կարգավորման, պետական քաղաքականության ու ծրագրերի վերլուծություն, եզրակացությունների և առաջարկությունների ներկայացում:

## II. Միջազգային փորձ և մասնագիտական էթիկա<sup>1</sup>

2. Սույն բաժնում ներկայացված է երեխայի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման ուղղությամբ աշխարհի մի շարք երկրների փորձը: Հաշվի առնելով սույ հետազոտության առարկան և ոլորտը, ստորև ակնարկում քննարկվում են, մասնավորապես, պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության շրջանակներում վերարտադրողական իրավունքների և վերարտադրողական առողջության խնդիրներին առնչվող սահմանափակումների, արգելքների, վարչական պատասխանատվության, բժշկական էթիկայի և այլ հարակից հարցեր: Թեպետ այս ոլորտում իրականացված պետական քաղաքականության արդյունավետության վերաբերյալ համակողմանի հետազոտություններն ու խորը վերլուծությունները սակավ են, այդուհանդերձ հեղինակը փորձել է ընդհանրացնել առկա հետազոտական նյութը՝ Հայաստանում այս ոլորտում պետական քաղաքականության համար միջազգային փորձի ուսանելի դասերն ամբողջականացնելու նպատակով: Ակնարկում ներկայացված է Հնդկաստանի, Չինաստանի, Նեպալի, Վիետնամի, Հարավային Կորեայի, ԱՄՆ-ի, Իսրայելի և Մեծ Բրիտանիայի փորձը:

### Սահմանափակումներ, արգելքներ, վարչական պատասխանատվություն

#### Հնդկաստան

3. 1800-ական թվականներին, բրիտանական իշխանությունները նկատեցին, որ Հնդկաստանի Արևելյան Ուտտար Պրադեշ նահանգի գյուղերից մեկում աղջիկ երեխաներ չկան: Իսկ արդեն 2001թ. մարդահամարի տվյալներով Հնդկաստանի բնակչության կազմում յուրաքանչյուր 100 տղամարդու հաշվով ընդամենը 93 կին կար:<sup>2</sup> Այս պատկերն էականորեն փոխվում է երկրի շրջանից՝ շրջան: Այսպես, Հնդկաստանի Հարյանա և Փենջաբ նահանգներում սեռերի միջև անհամամասնությունների մակարդակն խիստ բարձր է, մինչդեռ Հնդկաստանի հարավում սեռերի հարաբերակցությունը բնականոն է: Հատկանշական է, որ կանանց կարգավիճակը հարավային Հնդկաստանում նկատելիորեն ավելի բարձր է երկրի մյուս հատվածների համեմատ, ուստի գենդերային խտրականությունը, հետևաբար՝ տղա երեխայի նախապատվությունը կանանց և ընտանիքներին թերևս չեն ստիպում երեխայի սեռի խտրական ընտրության նպատակով ձեռք մեկնել հասանելի տեխնոլոգիաներին երկրի այս տարածաշրջաններում:<sup>3</sup>
4. Ընդհանուր առմամբ, Հնդկաստանի հասարակության մեջ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները (սելեկտիվ աբորտներ) որոշակի աջակցություն են ստանում, նրանց կողմից, ովքեր համարում են, թե դրանք օգնում են ընտանիքներին առկա ավանդական հարաբերությունների, արժեքների, կարծրատիպերի պայմաններում դիմակայել մի շարք մարտահրավերների, ինչպես օրինակ «օժիտի» երևույթն ու դրա հետևանքներն ընտանիքների համար:<sup>4</sup> Սելեկտիվ աբորտների կողմնակիցները համարում են, նաև, որ այն օգնում է սահմանափակել բնակչության թվաքանակն այս երկրում: Նշվում է նաև, թե այս երկրում, ուր տղա ունենալուն հետամուտ, ընտանիքները

<sup>1</sup> Վերլուծությունը մշակվել է «Պտղի սեռի խտրական ընտրության դեմ պայքար» ծրագրի շրջանակներում 2015-2016 թթ. ընթացքում աշխատանքային հանդիպումների և կլոր սեղան-քննարկումների ընթացքում ներկայացված միջազգային և հայաստանյան փորձը ներկայացնող զեկուցումների նյութերի հիման վրա: Վ. Ասատրյան: Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն: 2015թ. Երևան:

<sup>2</sup> Sharma BR, Gupta N, Relhan N. Misuse of prenatal diagnostic technology for sex-selected abortions and its consequences in India The Royal Institute of Public Health. 2007. 0033-3506. doi:10.1016/j.puhe.2007.03.004:

<sup>3</sup> Barot, S. 2012. A Problem-and-Solution Mismatch: Son Preference and Sex-Selective Abortion Bans. Guttmacher Policy Review, 15 (2):18-22:

<sup>4</sup> Centre for Enquiry into Health and Allied Themes. www.cehat.org/pndt.html:

մեկը մյուսի հետևից երեխաներ են ունենում մինչև իրենց ուզած թվով աղջիկ-տղա ունենալը, սելեկտիվ աբորտները կանանց հնարավորություն են ընձեռում ձևավորել իրենց երեխաների կազմը՝ սեփական ցանկությամբ, միաժամանակ սահմանափակելով ընտանիքում մեծությունը: Տղա երեխայի նախապատվության միջավայրում բազմաթիվ ընտանիքների գոյությունն իսկ պայմանավորում են տղա երեխայի ծնունդով: Սելեկտիվ աբորտների աջակիցները բարձրաձայնում են, թե այն օգնում է կանանց հաղթահարելու անապահովություն ու բեռը, և նշում, թե այն կանայք, որոնք տղա զավակներ են ծնել, համեմատաբար ավելի երջանիկ և նվազ ծանր ամուսնական կյանքով են ապրել, իսկ նրանց ամուսինները մնացել են նման կանաց կողքին ավելի մեծ հավանականությամբ:<sup>5</sup>

5. Նման տրամաբանությամբ շարժվելով, բազմաթիվ բուժհաստատություններ նախկինում ակտիվորեն ընտանիքներին առաջարկում էին սեռով պայմանավորված աբորտների ծառայություններ: Այսպես, բուժհաստատությունների՝ ողջ երկրով մեկ տարածված արտաքին գովազդը բարձրաձայնում էր «Վճարե՛ք 500 ռուբլի այսօր՝ վաղը 500,000 ռուբլի վճարելու փոխարեն»: Աղքատ ընտանիքները, խուսափելով խոշոր ու թանկարժեք «տնաքանդ» օժիտի ծանր բեռից, մեծ ուրախությամբ օգտվում էին սեռի որոշման հետազոտություններից: Անգամ հետագայում նման գովազդի արգելքի պայմաններում, պտղի սեռի որոշման հետազոտություններն ու աբորտները Հնդկաստանում շարունակվում են գովազդել, թեև՝ նվազ կոպիտ կերպով:<sup>6</sup>
6. Ոմանք պնդում են, թե Հնդկաստանում գործող արգելքներն անօգուտ են, նշելով, թե դրանք անիրատեսական են և աչք են փակում այն իրականության վրա, որին բախվում է բնակչության մեծամասնությունը: Մյուսները ոգևորված են այդ արգելքներով, նշելով, թե արգելքները բարձրաձայնում են պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների, ինչպես նաև կանանց, տղամարդկանց և ողջ հասարակության համար դրա վտանգավորության վերաբերյալ Հնդկաստանի իշխանությունների բացասական հստակ վերաբերմունքը:
7. 1994 թվականին Հնդկաստանի իշխանություններն ընդունեցին Նախաբեղմնավորման և նախաձննդյան ախտորոշման միջոցների (Preconception and Prenatal Diagnostic Techniques) վերաբերյալ օրենք, որի նպատակը պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրության և աբորտների կանխումն էր: Օրենքը հետագայում լրացվեց և 2002թ. փոխարինվեց Նախաձննդյան ախտորոշման միջոցների (Prenatal Diagnostic Techniques) մասին օրենքով, որի կիրարկման լիարժեքությունը հետագա տարիներին, այդուհանդերձ, բազմիցս կասկածի տակ է առնվել:<sup>7</sup>
8. Օրենքը թույլատրում է պտղի սեռը որոշելու հետազոտությունը սահմանված բացառիկ դեպքերում, այդ թվում՝ 35 տարեկանից մեծ կանանց մոտ քրոմոսոմային շեղումների դիսկի, ինչպես նաև ամուսնական զույգի ընտանիքում գենետիկական համապատասխան հիվանդության պատմության առկայության պարագայում: Այդուհանդերձ, նախքան նախաձննդյան որևէ հետազոտություն կամ ախտորոշում իրականացնելը, բուժաշխատողը պարտավոր է ստանալ հղի կնոջ գրավոր և տեղեկացված համաձայնությունը այն լեզվով, որին կինը տիրապետում է:<sup>8</sup> Սեռի որոշման հետազոտությունների արգելման վերաբերյալ զգուշացման տեսանկյունից նշանների տեղադրումը պարտադիր է ախտորոշման և նախաձննդյան հետազոտություններ տրամադրող բոլոր բուժհաստատություններում: Ռադիոլոգիական հետազոտությունների սարքավորման վաճառքը թույլատրվում է բացառապես գրանցված բուժհաստատություններին:
9. Օրենքը սահմանում է կենտրոնական և նահանգային մարմիններ՝ «Կառավարման խորհուրդներ» (supervisory board), «Լիազոր մարմին» (appropriate authority) և «Աջակցող խորհրդատվական հանձնաժողով» (supporting advisory committee). Կառավարման խորհրդի գործառույթը ներառում է օրենքի դրույթների իրականացման նկատմամբ վերահսկողության, մշտադիտարկման և դրանում լրացումներ կատարելու նախաձեռնության լիազորություններ: Լիազոր մարմինը ապահովում է գրանցումը և իրականացնում է վարչական գործառույթներ՝ ստուգումների, հետաքննությունների և պատիժներ սահմանում ու կիրառում իրավախախտում կատարած անձանց նկատմամբ: Խորհրդատվական հանձնաժողովը փորձագիտական ու տեխնիկական աջակցություն է տրամադրում Լիազոր մարմնին: Օրենքի դրույթների խախտումն առաջացնում է տուգանք՝ մինչև 10,000 ռուբլի չափով և մինչև 3 տարի

<sup>5</sup> Anonymous. INDIA: selective feticide kills 500.000 girls annually. news.softpedia.com/news/INDIA-Selective-Feticide-Kills-Annually-500-000-Girls-16011.shtml:

<sup>6</sup> Ananimous. What the law says. www.hinduonnet.com/2003/12/14/stories/2003121400341400.htm:

<sup>7</sup> Rajan VJG. Will India's ban on prenatal sex determination slow abortion of girls? <http://www.hinduismtoday.com/1996/4#gen241>:

<sup>8</sup> Bartha JL, Finning K, Soothill PW. Fetal sex determination from maternal blood at 6 weeks of gestation when at risk for 21-hydroxylase deficiency. Obstet Gynecol 2003;101:1135-6:

ժամկետով ազատագրվում՝ առաջին իրավախախտումն առաջին անգամ կատարելու դեպքում, և ավելի մեծ չափի տուգանք ու ավելի երկարատև ժամկետով ազատագրվում իրավախախտումը կրկնելու դեպքում: Լիազոր մարմինը տեղեկություն է տրամադրում կենտրոնական կամ նահանգային բժշկական խորհուրդներին՝ բուժաշխատողների կամ բուժփիմնարկների կողմից կատարված իրավախախտումների վերաբերյալ՝ դրանց հանդեպ հետագա պատիժների սահմանման և կիրառման, այդ թվում՝ բուժաշխատողների բժշկական գործունեության իրավունքը ժամանակավորապես կամ անժամկետ դադարեցնելու նպատակով:<sup>9</sup>

10. Ի լրումն վերը նշված Նախաձեռնյան ակտորոշման միջոցների մասին օրենքի (PNDT), Հնդկաստանի իշխանությունները մշակել և ընդունել են մի շարք այլ նախաձեռնություններ, որոնք ուղղված են հասարակության մեջ աղջիկ երեխայի արժեքը բարձրացնելուն: Նման նախաձեռնությունները ներառում են ԶԼՄ-ների ներգրավմամբ իրազեկման քարոզարշավները և դրամական խթանները: Իրազեկման քարոզարշավների թվում հիշատակելի են, թերևս, երկրի վարչապետի հովանու ներքո 2005թ. Գուջարատում (Gujarat) և 2015թ. Փենջաբում և երկրի այլ տարածաշրջաններում իրականացված «Փրկե՛ք աղջիկներին, կրթե՛ք աղջիկներին» արշավները (Beti Bachao, Beti Padhao):
11. Բալիկա Սամրիդդի Ուջանա (Balika Samridhi Yojana)՝ Մանուկների բարեկեցության ծրագիրը 1997 թվականից դրամական խրախուսում է ապահովում անապահով ընտանիքների աղջիկ երեխաներին, փորձելով մեղմել ընտանիքների կողմից աղջիկ երեխային դաստիարակելու «բեռի» ընկալումը, կիսելով աղջիկների կրթության բեռը: Ծրագրի շրջանակներում ընտանիքներին աղջիկ երեխայի ծննդյան միանվագ դրամական օգնություն է տրամադրվում՝ 500 ռուպիի չափով, ինչպես նաև տարեկան դրամական կրթաթոշակներ՝ 300-ից մինչև 1000 ռուպի չափով, աղջիկ երեխայի՝ մեկից տասներորդ դասարան ավարտելու յուրաքանչյուր ավարտական տարվա համար:<sup>10</sup>
12. Համապետական ծրագրերի թվում հատկանշական են 2008թ. Դհան Լաքշմի սխեման (Dhan Lakshmi Scheme), ինչպես նաև մի շարք նահանգային ծրագրեր, այդ թվում՝ 1992թ. Օրորոցի մանկան ծրագիրը (Cradle Baby Scheme) Թամիլ Նադու նահանգում (Tamil Nadu), 1996-1997թթ. Աղջիկ երեխայի պաշտպանության ծրագիրը (Girl Child Protection Scheme) Անդրա Պրադեշ (Andhra Pradesh) նահանգում, և 2006-2007թթ. Բհալակշմի ծրագիրը ((Bhagalakshmi Scheme) Կարնատակա (Karnataka) նահանգում: Նման ծրագրերն աստիճանաբար ավելի ու ավելի մեծ տարածում են ստանում (Sekher, 2010).
13. Հնդկաստանի իշխանությունները նախաձեռնել են նաև ժառանգության հարցերը կարգավորող օրենսդրության փոփոխություններ՝ ուղղված տղա երեխայի նախապատվությունը մեղմելուն: Այսպես, մինչև վերջին ժամանակները, սերունդների միջև ռեսուրսների փոխանցումը կարգավորող ժառանգության վերաբերյալ օրենսդրությունը, այդ թվում՝ 1956թ. Հինդու ժառանգության օրենքը (Hindu Succession Act) էականորեն խտրական էին կանանց հանդեպ: 2004թ. օրենքում կատարված փոփոխություններն ուղղված էին աղջիկ և տղա երեխաների համար գույքային հավասար իրավունքների ապահովման իրավական երաշխիքներ ձևավորելուն: Սոցիալական ապահովության, մասնավորապես, կենսաթոշակային ապահովության երաշխիքների բացակայությունը շարունակաբար խթանել է տղա երեխայի նախապատվությունն այս երկրում, քանի որ տարեց ծնողների խնամքն ու հոգածությունն ավանդականորեն համարվել է արու զավակի պարտականությունն ու դերը: Անապահով տարեցներին ուղղված դրամական ուղիղ փոխանցումների ծրագրերը, այդ թվում՝ 2007թ. Տարիքային կենսաթոշակի ազգային ծրագիրը նույնպես կարող են ներդրում ունենալ տղա երեխայի նախապատվությունը մեղմելու գործում:<sup>11</sup> 2005թ. ընդունվեց Ընտանիքում բռնությունից կանանց պաշտպանության օրենքը, որի պատշաճ կիրարկումը նույնպես կարող է Հնդկաստանի տնային տնտեսություններում կանանց և աղջիկների կարգավիճակի դրական փոփոխությունների նախադրյալներ ձևավորել:<sup>12</sup>
14. Առանձին դեպքերում Հնդկաստանի կենտրոնական և նահանգային իշխանությունները մշակել և/կամ ներդրել են կարգավորման մի շարք ավելի խիստ նախաձեռնություններ: Այսպես, նահանգներից մեկը քննարկում է բուժհաստատություններին՝ հղիության երկրորդ եռամսյակում (տրիմեստրում) կատարված

<sup>9</sup> Doctor NDTV. India tightens law preventing prenatal sex determination. <http://www.doctorndtv.com/news/detailnews.asp?id=2084>:

<sup>10</sup> Arindam Nandi (2015) The Unintended Effects of a Ban on Sex-Selective Abortion on Infant Mortality: Evidence from India, Oxford Development Studies, 43:4, 466-482, DOI: 10.1080/13600818.2014.973390:

<sup>11</sup> Nandi, Arindam and Deolalikar, Anil B., Does a Legal Ban on Sex-Selective Abortions Improve Child Sex Ratios? Evidence from a Policy Change in India (January 14, 2013). Journal of Development Economics, 2013. <http://ssrn.com/abstract=1824420> կամ <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1824420>:

<sup>12</sup> Arindam Nandi (2015) The Unintended Effects of a Ban on Sex-Selective Abortion on Infant Mortality: Evidence from India, Oxford Development Studies, 43:4, 466-482, DOI: 10.1080/13600818.2014.973390:

յուրաքանչյուր աբորտի դեպքում պտղի սեռի վերաբերյալ տեղեկություն հաղորդելու պարտավորություն սահմանելու նպատակահարմարությունը: Երկրի կենտրոնական իշխանությունները քննարկել, սակայն մերժել են աբորտների թույլատրելի ժամկետը 20 շաբաթականից մինչև 12 շաբաթական կրճատելու հարցը:

15. Հնդկաստանում, ընդհանուր առմամբ, նաև՝ աշխարհում պտղի սեռի խտրական ընտրության, մասնավորապես, սելեկտիվ աբորտների կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության և ծրագրերի արդյունավետության գնահատումը հազվադեպ է կատարվել: Թեպետ դրանց ազդեցության վերջնական գնահատականը հեշտ է և չափելի է նորածինների սեռային կազմի համամասնությամբ, այդուհանդերձ, յուրաքանչյուր առանձին ներգործության ու ծրագրի դերը արդյունքներում միշտ չէ, որ հստակ է, հատկապես այն դեպքերում, երբ երկիրը խելամտորեն կիրառում է ներգործության համապարփակ գործիքակազմ: Ուստի, զարմանալի չէ, երբ այս կամ այն իրավական կարգավորման ազդեցության և արդյունավետության վերաբերյալ վերլուծաբանների և տարբեր շահեր ներկայացնող խմբերի գնահատականները հաճախ էականորեն, երբեմն էլ տրամազծորեն, տարբերվում են:
16. Մի շարք հետազոտությունների և վերլուծությունների համաձայն, Հնդկաստանում իրավական կարգավորումը նշանակալի դրական ազդեցություն գործել: Հիմնվելով գյուղ-քաղաք տարանջատմամբ տվյալների ու ժամանակի ընթացքում դրանց փոփոխությունների վերլուծության վրա (1991թ. և 2001թ. մարդահամարներ), հետազոտողները փաստում են, որ վերը նշված 1994թ. PNDT օրենքը դրականորեն է ազդել ծնունդների սեռային համամասնության վրա: Գնահատականները պնդում են, որ հենց օրենքի շնորհիվ է երեխաների սեռերի հարաբերակցությունը բարելավել շուրջ 14-26 կետով: Թեև նշված ազդեցության մեծությունը մեծ չի համարվել, սակայն գնահատականները նշում են, թե միայն օրենքի շնորհիվ 0-ից 6 տարեկան 106,000 աղջկա կյանք է պահպանվել այն գյուղական համայնքներում, ուր օրենքը կիրարկվել է:<sup>13</sup>
17. Այս հետազոտությանը հակասում է այն տարածված ընկալմանը, թե օրենքն, ըստ էության, նպատակին չի ծառայել, քանի որ ողջ երկրի պարագայում երեխաների սեռերի հարաբերակցությունը շարունակել է վատթարանալ անգամ օրենքի ընդունումից և կիրարկումից հետո: Այդուհանդերձ, կա նաև կարծիք, թե օրենքի բացակայության պայմաններում իրավիճակն էլ ավելի անմխիթար կլիներ: Իրավական կարգավորման և սահմանափակումների ջատագովները ողջունում են նաև 2003 թվականին օրենքի կիրարկման հանդեպ Հնդկաստանի իշխանությունների ավելի խիստ մոտեցումները:
18. Իրավական կարգավորման վերաբերյալ ավելի հոռետեսական հայացք ունի հետազոտողների մի ողջ բանակ: Օրենսդրության կիրարկման արդյունավետության վերաբերյալ նրանց գնահատականները վերջին տասնամյակում բազմաթիվ ցավալի հիմքեր ունեն: Այդ են վկայում, օրինակ, Փենջաբում ծննդատներից մեկին հարակից տարածքում հայտնաբերված 100-ից ավելի իգական պտուղների քայքայված մնացորդները և պտղային ոսկորները:<sup>14</sup> Նման փաստերը, ցավոք, քիչ չեն:
19. Բացառապես վախի և հսկողության վրա հիմնված մեթոդները երկարատև ազդեցություն ունենալ չեն կարող, նշում են հետազոտողները, նշելով, մասնավորապես, Փենջաբ նահանգի Նավանշահր շրջանի օրինակը: 2005թ. իշխանություններն այստեղ սահմանեցին տվյալների էլեկտրոնային բազայում հղի կանանց վերաբերյալ անձնական տվյալների գրանցման պարտադիր պահանջ: Յուրաքանչյուր հղիի զանգահարում էին ամեն շաբաթ՝ հղիության առաջին եռամսյակից մինչև ծննդաբերությունը, տեղեկանալու համար նրանց առողջական վիճակով: Հղիները գտնվում էին մշտական հսկողության ներքո: Հետազոտության և աբորտի յուրաքանչյուր դեպք քննվում էր, իսկ ռադիոլոգիական ծառայություն մատուցող յուրաքանչյուր բուժհաստատություն գտնվում էր մշտական մոնիտորինգի տակ: Համայնքի բնակիչներին դրամական խրախուսում էր առաջարկվում՝ որպես «տեղեկության աղբյուր» գործելու դիմաց: Տեղական հասարակական կազմակերպությունները քարոզարշավի ընթացքում հրապարակայնորեն անարգում էին այն ընտանիքները, որոնք կատարել էին կամ մտադիր էին կատարել սելեկտիվ աբորտ. «ցավակցության այցեր» և «մահվան ծեսեր» էին կազմակերպվում՝ «արգանդում սպանված աղջիկների» մահը սգալու նպատակով: Ծնունդների սեռերի անհամամասնությունը սկսեց կարգավորվել և այս մոդելը սկսեցին ողջունել, որպես հաջողված: Քննարկվում էր դրա հետագա տարածումը: Սակայն, 2007թ. շրջանի ղեկավարության փոփոխությանը հաջորդած՝ հղիության մշտադիտարկման պրակտիկայի ընդհատումից և հարակից գործունեության դադարեցումից կարճ ժամանակ անց նորածինների սեռերի անհամամասնության միտումը կրկին վերականգնվեց: Մի կողմ թողնելով կանանց ու ընտանիքների

<sup>13</sup> Nandi, Arindam and Deolalikar, Anil B., Does a Legal Ban on Sex-Selective Abortions Improve Child Sex Ratios? Evidence from a Policy Change in India (January 14, 2013). Journal of Development Economics, 2013. <http://ssrn.com/abstract=1824420> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1824420>:

<sup>14</sup> Prakash C. Graveyard of unborn daughters: over 100 female fetuses dug out of a well. The Tribune 2006;26(220):1:

կյանքին նման կոշտ միջամտության իրավաչափության և էթիկայի հարցերը այս պահին մի կողմ թողնելով, ակնհայտ է միջամտության անարդյունավետությունն ու կայուն ազդեցության բացակայությունը:<sup>15</sup>

20. Վերլուծաբանները իրավական կարգավորման անհաջողությունները պայմանավորում են այն իրականությամբ, որում հասարակության, ընտանիքների և անհատների կողմից պահանջված ծառայությունների սահմանափակման և այդ ծառայությունների մատուցման համար պատժի սահմանման պարագայում անգամ դրանք մատուցվում են՝ պահանջարկով պայմանավորված: Օրենքի կիրարկման արդյունավետության վրա մեծապես ազդում է նաև ծառայությունների բնույթով պայմանավորված ապացուցողական հիմքի խոցելիությունը: Իրավամբ, պտղի սեռի որոշման և սելեկտիվ աբորտի հետ կապված խնդիրների ապացուցողական հիմքերը հավաքելն ու դատարանում դրանք ներկայացնելն ու մեղադրանքը պաշտպանելն ամենևին հեշտ չէ: Ավելին, անգամ լավագույն օրենսդրության և իրավակիրառական համակարգի պայմաններում մարդիկ առանց մեծ դժվարությունների գտնում են դրանք շրջանցելու ուղիները, եթե համոզված են, որ օրենքն իրենց բարօրությանը չի ծառայում: Ուստի իրավական կարգավորման հանդեպ թերահավատ գիտնականներն ու գործիչները նշում են, որ իրավական կարգավորմանը պիտի նախորդի Հնդկաստանում կանանց կարգավիճակի բարձրացմանը, հասարակության վերաբերմունքն ու արժեքները փոխելուն միտված աշխատանքը:<sup>16</sup>
21. Ընդհանուր առմամբ, լայն տարածում ունի այն բազմիցս հաստատված համոզմունքը, թե բացառապես իրավական կարգավորմամբ ու օրենքներով սոցիալական փոփոխությունների հասնել հնարավոր չէ: Իրավական կարգավորման դեղատոմսերի արդյունավետությունն էլ ավելի է մեծ կասկածի տակ են առնում այն հետազոտողները, ովքեր նշում են Հնդկաստանում կառավարման արդյունավետության ցածր մակարդակն ու կոռուպցիայի տարածումը: Վերջինները համոզված են, թե իրավական սահմանափակումները դրանց կիրարկման համար պատասխանատուներին լրացուցիչ եկամուտ ապահովելու գործառույթ են ավելի շատ կատարում, քան հիմնախնդրի լուծման համար նպաստավոր վարքագիծ ձևավորում քաղաքացիների և հասարակության շրջանում: Չէ՞ որ իրավապահներն ու ոլորտի պատասխանատուներն իրենք հասարակության մաս են և մյուսների պես կրում են տղա երեխայի նախապատվության մշակույթի արմատներն իրենց արժեքային համակարգում և մոտեցումներում: Ուստի զարմանալի չէ, որ օրենքի կիրարկման ապահովմանը կոչված պատասխանատուները հոգու խորքում վստահ են, որ մարդկանց ու ընտանիքներին օգնելով շրջանցել օրենքի դրույթները, աչք փակելով խախտումների վրա և դրա դիմաց որոշակի օգուտներ ստանալով հանրօգուտ ու աստվածահաճո, բարի գործ են կատարում: Որոշ դեպքերում ազդեցություն ունեն նաև առանձին ոլորտի մասնագետների և բուժհաստատությունների, ինչպես նաև դրանց ազդեցիկ սեփականատերերի շահերը: Առանձին դեպքերում, իրավակիրառական պրակտիկան կարող է աչք փակել մի բուժհաստատության կամ մասնագետի գործունեության օրինականության վրա, իսկ մյուսին՝ հետապնդել, սեփական կամ խմբային շահերից ելնելով: Վերջին երևույթն էլ ավելի մեծ վտանգներ ու մտահոգություններ է առաջացնում օրենսդրության ընտրողական կիրարկման և կոռուպցիայի առումով:
22. Վերլուծությունները պնդում են նաև, որ իրավական միջամտությունը բացասաբար է ազդել իրավիճակի գնահատման վրա, մասնավորապես, բազմաթիվ բուժհաստատությունների՝ նախկինում օրինական գործունեությունը մասամբ ընդհատակում է հայտնվել: Պտղի սեռը որոշող հետազոտությունների արգելման արդյունքում բուժաշխատողները հայտնվել են վարչական և քրեական հետապնդման վտանգի առջև և բարձրացրել են սեռը որոշելու հետազոտությունների գինը: Հետազոտություններն այժմ իրականացվում են առանց գրավոր ապացույցների՝ օրենքի հետապնդումից խուսափելու պարզ տրամաբանությամբ: Ձևավորված ընդհատակյա գործունեությունը, հատկապես՝ Հնդկաստանի աշխարհագրական չափերի և բնակչության մեծության պարագայում, չափազանց դժվարացնում է նման գործունեության քանակն ու ծավալները գնահատելը:<sup>17</sup>
23. Պտղի սեռի վերաբերյալ տեղեկությունները հղի կնոջը կամ նրա հարազատների տրամադրվում են գերազանցապես բանավոր կամ անգամ ոչ խոսակցական հաղորդակցության նշաններով, ուստի դրա վերաբերյալ ապացուցողական հիմքերը կամ բացակայում են, կամ խախտ են: Իրավական հետևանքներից խուսափելու համար բժիշկները ծնողներին պտղի սեռը հաղորդելու համար կարող են ասել, օրինակ՝ «դուք լավ ֆուտբոլիստ եք ունենալու»՝ տղայի դեպքում, կամ «ցավում եմ, ամպամած օր է ձեզ

<sup>15</sup> B Ganatra / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):90–9:

<sup>16</sup> Guttmacher Institute. Skewed sex ratio of births in India may be the result of sex-selected abortions. [www.guttmacher.org/pubs/journals/3210206b.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3210206b.html):

<sup>17</sup> International Humanist and Ethical Union. Female foeticide in India. [www.iheu.org/node/1049](http://www.iheu.org/node/1049):

համար», եթե պտուղն իգական է:<sup>18</sup> Ընդ որում, բժիշկները վստահ են, որ սեռի ընտրության հարցում հղիներին ու ընտանիքներին օգնելով նրանք բարի գործ են կատարում, իսկ սեռը հայտնելը մերժելու դեպքում էլ ընդամենը պացիենտ են կորցնելու, որը նույն ծառայությունը ստանալու է այլ բժշկից:

24. Քրեական հետապնդումը խիստ դժվար է, իսկ գործերի քննությունը կարող է տարիներ տևել՝ նախքան մեղադրանքի առաջադրումը: 1994 թվականին, երևույթի օրենսդրական արգելումից հետո Հնդկաստանում արձանագրվել է շուրջ 400 իրավախախտում, որից շուրջ 90%-ը վերաբերվում են գրանցումների և դրանց վարման կարգի խախտումներին:<sup>19</sup> Իրավախախտումները բացահայտելու պահանջի ճնշման ներքո իշխանությունները երբեմն դիմում են անսովոր, այդ թվում՝ «տեղեկություն հաղորդողներին» խրախուսելու դրամական միջոցների օգնությամբ: Հնդկաստանում տարածված է այն մեթոդը, երբ իրավապահները կազմակերպում են «սադրիչ» պացիենտի այցելություն բուժհաստատություն, որը թաքնված տեսախցիկի օգնությամբ գրանցում է բուժանձնակազմի հետ հաղորդակցությունը:
25. Ստեղծված իրավիճակում դժվարանում է ծառայությունների որակի նվազագույն չափորոշիչների հանդեպ վերահսկողության սահմանումն ու հետևողական իրականացումը: Այս մասին է փաստում Հնդկաստանի Մահարաշտրա նահանգի ցավալի փորձը, ուր իրավիճակի վերաբերյալ տեղեկատվությունը գրեթե անհասանելի է դարձել: Երկրի քաղաքներում և խոշոր գյուղերում օր-օրի ավելանում են «շարժական կլինիկաները», ուր ուլտրաձայնային հետազոտության էժանագին սարքերի օգտագործմամբ կասկածելի որակի բուժառայություններ են մատուցում մասնագիտական որակավորում չունեցող անձինք (դեղատան վաճառողից՝ մինչև գյուղական բժիշկները): Սա հատկապես վերաբերվում է երկրի այն նահանգներին, ուր սեռի խտրական ընտրությունը տարածված երևույթ է:
26. Առկա տեխնոլոգիաների իրավական սահմանափակման ընդդիմախոսները նշում են նաև, թե անիմաստ է արգելել պտղի սեռը որոշելու մատչելի և էժան տեխնոլոգիաներն ու հետազոտությունները, քանի որ շատ անհատներ դրանք կարող են ձեռք բերել դրանք ինքնուրույն, տեղադրել և գործարկել առանց մասնագետի միջամտության անգամ սեփական բաղնիքում: Այդուհանդերձ, Հնդկաստանում կանանց իրավահավասարության համար պայքարող բազմաթիվ կազմակերպություններ և գործիչներ շարունակաբար պնդում են հետագա օրենսդրական սահմանափակումների անհրաժեշտությունն ու պայքարում հանուն նման կարճաժամկետ ազդեցության միջոցների: Չէ՞ որ ավելի քան մեկ միլիարդ երեք հարյուր միլիոն մարդու կյանքում իրավական նորմեր հաստատելը մեծ ձեռքբերում և հաջողություն կարող է համարվել, իսկ անհաջողությունների ու ձախողման համար միշտ կարելի է մեղադրել ուրիշներին. «մենք մեր անելիքն արեցինք, իսկ դուք՝ տեր չեղաք», «երկիրը՝ երկիր չի», «մարդիկ թարս են ու անշնորհակալ», «իրավապահները կոռումպացված են», «բժիշկները սրիկա են»: Օրենսդրության ձախողման համար հասարակությանը մեղադրելը տարածված երևույթ է: Նման մոտեցումը, տարածված է թե՛ Հայաստանում, թե՛ Հնդկաստանում, թե՛ բազմաթիվ այլ հասարակություններում: 19-րդ դարի կեսերին նման կերպ էին վարվում բրիտանացի բարեփոխիչները, փորձելով հնդկական «թարս» հասարակությունը «խելքի բերել» արգելելով յուրաքանչյուր երևույթ, որը համարում էին անընդունելի: Նույնը անում էր Խորհրդային Միությունը Հայաստանի անկախությանը նախորդող շրջանում: Նույն սխալը շարունակեց անկախությունից հետո Հնդկաստանը ղեկավարող բրիտանական կրթություն ունեցող էլիտան, շարժվելով գաղութային իշխանությունների հետքերով, կարծելով, թե նորանոր օրենքները կփոխեն սոցիալական նորմերն ու հասարակական հարաբերությունները: Նույն սխալը կես դար անց կրկնեց նորանկախ Հայաստանի էլիտան անկախությանը հաջորդած երկու տասնամյակների ընթացքում՝ հասարակական հարաբերությունների գլխապտույտ փոփոխությունների հորձանքում փորձելով առաջ շարժվել ոտքերը խորհրդային բարձրակրունկ կոշիկներում թողած: Հնդկաստանի փորձը հետազոտողները պնդում են. ժամանակն է իրավական կարգավորման վրա միամտորեն հույս դնելու փոխարեն հարց տալ. «լավ, իսկ ո՞վ ենք մենք», «ի՞նչ առնչություն ունենք մարդկանց»: Մենք պիտի աշխատենք նրանց մեջ, ում հավակնում ենք «բարեփոխել» և ամենից առաջ վաստակել նրանց հարգանքն ու վստահությունը: Ինչպե՞ս Գանդին հասավ այն բանին, որ միլիոնավոր մարդիկ սկսեցին խադի կրել. վստահաբար ոչ օրենսդրական նախաձեռնությամբ: Ցավոք, առաջնորդության հավակնություններ ունեցող շատ շատերին սեփական մի քանի հարևաններն անգամ դժվար թե լսեն կամ հետևեն: Սա է, թերևս, պատճառը, որ գործիչներից շատերը առավել հակված են հարկադրանքի միջոցներ սահմանող օրենքներում լուծում փնտրելու՝ ավելի հեշտ է սեփական գաղափարներն ու մոտեցումները մյուսներին թելադրել ու պարտադրել օրենքների տեսքով, քան փաստարկներով հիմնավորել ու համոզել մարդկանց:

<sup>18</sup> Laura Lederer, Missing Girls' in Asia: Magnitudes, Implications and Possible Responses, American Enterprise Institute Sept. 17, 2008, <http://www.aei.org/events/2008/09/17/missing-girls-in-asia-magnitudes-implications-and-possible-responses-event>:

<sup>19</sup> Guilmo C. Characteristics of sex ratio imbalance in India and future scenarios. UNFPA, 2007:

27. Բազմաթիվ մասնագետներ համամիտ են. օրենքները պիտի ամրագրեն սոցիալական համաձայնությունը, ոչ թե նախորդեն կամ շրջանցեն այն: Անհնար է շրջանցել հասարակական կարծիքը՝ անհրաժեշտ է աշխատել հասարակական նոր համաձայնություն ձևավորելու ուղղությամբ: Այնպես, ինչպես Գանդին խադի կրելը դարձրեց ինքնահարգանքի ու ինքնագնահատման խորհրդանիշ, այնպես էլ կանանց ու տղամարդկանց հավասար իրավունքների ու հնարավորությունների ջատագովները պիտի կարենան հասարակական այնպիսի կարծիք ձևավորել, որն աղջիկների հանդեպ՝ տղա երեխային հավասար վերաբերմունքը, երկու սեռի երեխաների հավասար արժևորումը կդարձնի սեփական անձի հանդեպ հարգանքի խորհրդանիշ: Առանց դրա որևէ իրավական կարգավորում չի կարող արդյունք տալ, վկայում է Հնդկաստանի փորձը: Նորանոր օրենքներ պահանջելով փոփոխությունների հասնել հնարավոր չէ: Հնդկաստանի փորձը փաստում է. օրենքները որոնց ընդունման համար պահանջվում են երկար քարոզարշավներ, տարիների, երբեմն՝ տասնամյակների պայքար, միայնակ չեն աշխատում: Ցավոք, «մեռելաձի» օրենքների համար պայքարն հաճախ ավարտվում է իրավիճակի ու շարունակվող հիմնախնդիրների համար պատասխանատուների ու «մեղավորների» փնտրտուքով:<sup>20</sup>

### *Չինաստան*

28. Իրավական կարգավորման և սահմանափակումների արդյունավետության խնդիրը կարևորվում է նաև Չինաստանի դեպքում, ուր վիճակագրությունը 1980-ականներից սկսած փաստում է, որ չնայած խիստ պաշտոնական քաղաքականությանը, սահմանափակումներին ու սահմանված պատժամիջոցներին՝ սեռով պայմանավորված սելեկտիվ աբորտները շարունակում են տարածված մնալ վերջին երեք տասնամյակներին: Չինաստանը, թերևս, բախվում է երկույթով պայմանավորված անհամեմատ ավելի ծանր հետևանքների, քան աշխարհի որևէ այլ երկիր, այդ թվում՝ Հայաստանը:

29. Ինչպես Հնդկաստանի, այնպես էլ Չինաստանի պարագայում ծնունդների թվում սեռերի անհամամասնություն առաջին հերթին կարևորվում է իր հետևանքներով. արևմտյան մասնագետների գնահատականներով աշխարհում շուրջ 100 միլիոն «կորսված կանանցից» շուրջ 41 միլիոնը բաժին է ընկնում Չինաստանին, 40 միլիոնը՝ Հնդկաստանին, 5 միլիոնը՝ Պակիստանին:<sup>21</sup> Ուստի զարմանալի չէ, որ այս խնդրին անդրադառնում են ոչ միայն բազմաթիվ չինական գիտնականներ ու վերլուծաբաններ, այլև արևմտյան աղբյուրները:<sup>22</sup> Այսպես, մինչ արևմտյան իրականության մեջ սեռի ընտրության խնդիրների շուրջ քննարկման կիզակետում անհատի, էթնկայի, բարոյականության, արժեքների, իրավունքների, փիլիսոփայության հարցերն ու հակասություններն են, Չինաստանի և Հնդկաստանի պարագայում քննարկման կիզակետում առավելապես խնդրի սոցիալական հետևանքներն են՝ հասարակության համար դրա վտանգավորության աստիճանն ու մարտահրավերին ի պատասխան վարվող քաղաքականության արդյունավետությունը, ինչպես նաև ժողովրդագրական մարտահրավերներին ուղղված այլ քաղաքականությունների, ինչպես օրինակ մինչև վերջերս Չինաստանում վարվող «մեկ երեխայի» քաղաքականության ազդեցությունը երկույթի վրա:

30. Մասնագետները նշում են, որ թեպետ Չինաստանը միակ երկիրը չէ, ուր նորածինների սեռի համամասնությունները խախտված են, սակայն անհամամասնություններն այս երկրում, թերևս, ունեն «ամենաերկար պատմությունը, ամենալայն տարածվածություն ու ամենախորը մեծությունը»: Հատկանշական է, որ Չինաստանում նորածինների թվում անհամամասնությունը դարերի պատմություն ունի, այն պատմականորեն ավելի բարձր է եղել բնականոն միջինից: Վերջին հետազոտությունները փաստում են, որ Չինաստանում նորածինների թվում հարյուր աղջկա հաշվով տղաների թիվը կազմել է 113՝ 1381-91թթ., 1749-1845թթ.՝ 116-121, 1875թ.՝ 118, 1908-28թթ.՝ 120-123, 1932-36թթ.՝ 112, 1946-47թթ.՝ 110, իսկ 1950 թվականին՝ 108: Եթե 1950-ականներից մինչև 1980-ականների սկիզբը (ՉԺՀ ձևավորումից հետո և նախքան «մեկ-երեխայի» ջանադիր քաղաքականության սկիզբը), նորածինների սեռերի համամասնությունը գրեթե բնականոն էր, թերևս փոքր ինչ խախտված:

31. Չինաստանում հատկանշական են նաև նորածինների սեռերի անհամամասնության աշխարհագրական և էթնիկ զգալի առանձնահատկությունները: Այսպես, հարավային մերձափնյա Գուանգդոնգում և Հայնանում՝ երկու համեմատաբար զարգացած նահանգներում անհամամասնությունն ամենաբարձրն է: 2000թ. 100 աղջկա հաշվով այստեղ ծնվել է համապատասխանաբար 137 և 135 տղա, իսկ Գուանգդոնգի որոշ շրջաններում՝ 150-ից ավելի: Միաժամանակ, այն շրջաններում, ուր բնակչության կազմում էթնիկ

<sup>20</sup> Madhu Kishwar, Abortion of Female Fetuses: Is Legislation the Answer? 1:2 Reproductive Health Matters 113, 114 (1993):

<sup>21</sup> Klasen S, Wink C. 'Missing women': revisiting the debate. Femin Econ 2003;9:263-99:

<sup>22</sup> Croll E. Endangered Daughters: Discrimination and Development in Asia. London: Routledge, 2000:

Banister J. Shortage of girls in China today. J Popul Res 2004;27:19-45:



փոքրամասնությունների կշիռը մեծ է, այդ թվում՝ Տիբեթում, Սինցյանում և Յինհայում, սեռերի համամասնությունը գրեթե բնականոն է կամ դրանից փոքր ինչ բարձր:

32. Մինչ այժմ Չինաստանում տարածված է այն ընկալումը, թե տղա երեխայի նախապատվությունը հատուկ է առավելապես գյուղական վայրերում, ուր մարդիկ ավելի քիչ են կրթված, մինչդեռ քաղաքներում, ուր կրթամակարդակն ու կենսամակարդակը բարձր են, անհամամասնություն գրեթե չկա: Այդուհանդերձ, ժողովրդագրական վիճակագրությունը վկայում է, որ նորածինների թվի անհամամասնության առումով գյուղ-քաղաք էական տարբերություններ չկան: Այդուհանդերձ, գյուղական վայրերում սոցիալական և տնտեսական մի շարք գործոններ, այդ թվում՝ գյուղաբնակ տարեցների սոցիալական ապահովության ընդհանուր անբավարար վիճակը, ինչպես նաև հողի օգտագործման՝ կանանց համար խտրական իրավական և սոցիալական կարգավորման նորմերը, տղա երեխայի կարիքն ու նախապատվությունը գյուղերում դարձնում են քաղաքի համեմատ շատ ավելի սուր:<sup>23</sup>
33. Չինաստանին մշտապես հատուկ է եղել նաև Աղջիկների հավելյալ մահացությունը (Excessive female child mortality): 1980 թվականից մինչև մեկ տարեկան աղջիկների մահացությունը սարսափելի աճել է, ընդ որում՝ գյուղական վայրերում անհամեմատ ավելի, քան քաղաքներում:
34. Չինաստանում նորածինների սեռի անհամամասնության անմիջական պատճառը մասնագետները միաձայն համարում են անօրինական սելեկտիվ աբորտը, որին նախորդում է ռադիոլոգիական B (brightness՝ պայծառություն) հետազոտությունը, ինչն անօրինական է Չինաստանում: Կենտրոնական Չինաստանում 2000թ. իրականացված ուսումնասիրությունը փաստում է, որ կանանց շուրջ 36%-ը հաստատում է, որ ունեցել է սելեկտիվ աբորտ: Իգական պտղով հղիությունների շուրջ 25%-ն արհեստականորեն ընդհատվել է, մինչդեռ արական պտղի դեպքում ընդհատվել է հղիությունների շուրջ 2%-ը:<sup>24</sup>
35. Երկար ժամանակ այս իրականությունը երկար տարիներ չէր ընկալվում ու չէր ընդունվում Չինաստանի պաշտոնական շրջանակների կողմից: Հատկանշական է, որ գրեթե նույնը կարելի է ասել Հայաստանի պարագայում՝ խնդրի վեր հանման վաղ շրջանում, երբ մասնագիտական, ակադեմիական և պաշտոնական որոշ շրջանակներ մերժում էին հիմնախնդրի առկայությունը, բերելով տարբեր փաստարկներ: Թերահավատության փաստարկներ, թեպետ հազվադեպ, հնչում են մինչ այժմ, անգամ հեղինակավոր ու մեծ փորձ և վաստակ ունեցող մասնագետների կողմից: Մինչև 1990-ականների կեսերը Չինաստանի պաշտոնական և գրեթե-պաշտոնական շրջանակները միաձայն մերժում էին վիճակագրական տվյալներն ու փաստերը կապել ժողովրդագրության ոլորտում վարվող պետական քաղաքականության հետ: Չինաստանի պաշտոնական և կիսապաշտոնական շրջանակների արձագանքն ու գնահատականը խնդրի վերաբերյալ տեղացի և միջազգային մասնագետների հնչեցրած մտահոգություններին միանշանակ էր՝ «կեղծ ահազանգ» է, եթե չասենք անհիմն ու չարական քննադատություն: Իսկ «կորուսյալ կանայք» և տվյալները բացատրվում էին վիճակագրության թերություններով՝ նորածիններին պատշաճ չեն հաշվառում:<sup>25</sup> Այդուհանդերձ պաշտոնական վերաբերմունքը արմատականորեն փոխվեց 1990-ականների վերջից, և հատկապես՝ 2000-ականների սկզբին, երբ հրապարակվեցին 2000 ականների համապետական մարդահամարի արդյունքները, որոնք բացահայտեցին նորածինների թվում սեռերի անհամամասնության անընդունելի շեղումը՝ երկրում միջինում 100:120:<sup>26</sup> Ներկայում, Չինաստանում հրապարակայնորեն, այդ թվում՝ զանգվածային լրատվության միջոցներում բաց խոսում են 30-40 միլիոն չճանաչված աղջիկների մասին: Գիտական շրջանակներում բազմաթիվ հետազոտություններ են արվել, կա չինարեն մեծածավալ գրականություն, վերջին տասնամյակում հրապարակվել են բազմաթիվ աշխատություններ ու հրատարակվել գրքեր ու ծավալուն հոդվածներ:<sup>27</sup>

<sup>23</sup> Bossen L. Forty million missing girls: land, population control and sex imbalance in rural China. Asia-Pacific E-J Japan Focus, 2005. <http://www.japanfocus.org/-Laurel-Bossen/1692>:

<sup>24</sup> Chu J. Prenatal sex determination and sex-selective abortion in rural central China. Popul Dev Rev 2001;27:259–81:

<sup>25</sup> Peng P (ed). Zhongguo Jiefa Shengyu Quanshu (The Complete Book of Family Planning in China). Beijing: China Population Press, 1997,939,959,984:

<sup>26</sup> Nie J.-B. Non-medical sex-selective abortion in China: Ethical and public policy issues in the context of 40 million missing females. (2011) British Medical Bulletin, 98 (1) , pp. 7-20:

<sup>27</sup> Chen W. Zhongguo de Rengonliuchan (Abortion in China). (Chapter 6) Beijing: Scientific & Technical Documents Publishing House, 2005: Li S, Jian B, Feldman MW. Xingbie Qishi yu Renkou Fazhan (Gender Discrimination and Population Development) (Chapters 3, 10). Beijing: Social Science Academic Press, 2006:

Liang H. Shiheng de Liangxing 'Tianping': Guangdongsheng Chusheng Xingbiebi Wenti Tantai (The Lopsided Gender Balance: An Exploration of the Unbalanced Sex Ratio at Birth in Guangdong Province). Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009:

Liu S. Zhongguo de Chusheng Xingbiebi yu Xingbie Pianhao: Xianxiang, Yuanyin he Houguo (Sex Ratio at Birth and Gender Preference for Children in China: Phenomena, Causes and Consequences). Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009,199–205:

36. Դեռ 1980-ականներին, ըստ երևույթին կանխատեսելով պտղի սեռի որոշման և իգական սեռի պտղով հղիություն ընդհատելու նպատակով ռադիոլոգիական հետազոտությունների նպատակով օգտագործվող սարքավորման չարաշահման վտանգները, Չինաստանի իշխանությունները մի շարք սահմանափակումներ և արգելքներ են ամրագրել օրենքներում, քաղաքականության մեջ և ենթաօրենսդրական ակտերում: Թե՛ առանց բժշկական ցուցման պտղի սեռի նախաձննդյան որոշման հետազոտությունը, թե՛ առանց բժշկական ցուցման սեռով պայմանավորված սելեկտիվ աբորտները տարիներ շարունակ արգելված են: Այս երկու գործողությունները ստացել են «երկու ապօրինություն» անունը: Ու թեև հղիության արհեստական ընդհատումները՝ հղիության վաղ շրջանից մինչև անգամ ուշ ժամկետները ոչ միայն թույլատրված են, այլև որոշ դեպքերում պարտադրվում են կանանց՝ բնակչության պետական քաղաքականությամբ սահմանված դեպքերում, սեռով պայմանավորված աբորտները խստորեն արգելված են, ինչը բավականին հակասական է աբորտների թույլատրելիության ընդհանուր պատկերի ֆոնին:
37. Դեռ 1986թ. սեպտեմբերին, Ընտանիքի պլանավորման ազգային հանձնաժողովը և Առողջապահության նախարարությունը հաստատեցին նոր կարգավորում, որն արգելում էր մոր պահանջով պտղի սեռի նախաձննդյան որոշումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հետազոտությունը կատարվում էր բուժհաստատության նախաձեռնությամբ՝ ժառանգական առանձին հիվանդությունների ախտորոշման նպատակով: Այս արգելքը խախտող անհատներն ու բուժհաստատությունները ենթարկվում էին պատասխանատվության: 1989թ. մայիսին, 1990թ. սեպտեմբերին և 1993թ. ապրիլին 1986թ. այս որոշումը պարբերաբար վերահաստատվել է՝ վերը նշված երկու մարմինների շրջաբերականներով:<sup>28</sup>
38. Բժշկական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ պտղի սեռի որոշումը (բացառությամբ բժշկական ցուցումով կատարվող դեպքերի) և առանց բժշկական ցուցման սելեկտիվ աբորտը խստորեն արգելվում են «Մայրական և մանկական առողջության պահպանման մասին» օրենքով (1994թ.), ինչպես նաև «Բնակչության և ընտանիքի պլանավորման մասին» օրենքով (2001թ.): Հետագայում այս խնդիրները մանրակրկիտ և համակողմանիորեն կարգավորվեցին Ընտանիքի պլանավորման ազգային հանձնաժողովի, ՉԺՀ առողջապահության նախարարության և Դեղերի կառավարման և վերահսկման ազգային բյուրոյի 2002թ. ընդունված համատեղ ենթաօրենսդրական ակտով: «Բնակչության և ընտանիքի պլանավորման ծրագրի ժամկետների երկարացման և բնակչության հիմնախնդիրները համակողմանիորեն լուծելու մասին» Կոմունիստական կուսակցության կենտրոնական կոմիտեի և Պետական խորհրդի 2006թ. որոշմամբ վերահաստատվեց պտղի սեռի նախաձննդյան որոշման և առանց բժշկական ցուցման սելեկտիվ աբորտների արգելումը: Նման արգելքի անհրաժեշտությունը հիմնավորող հիմնական փաստարկների թվում նշվում էր, թե սեռի նախաձննդյան որոշումը բազմաթիվ զույգերի պարագայում կարող է իգական պտղով հղիությունն արհեստականորեն ընդհատելու որոշման համար հիմք դառնալ, ինչը կարող է հանգեցնել սեռերի խախտված համամասնության, որն իր հերթին լրջագույն սոցիալական հիմնախնդիրներ և մարտահրավերներ կարող էր առաջ բերել հասարակության համար՝ վտանգելով ժողովրդի և պետության կայունությունը հեռանկարում:
39. 2005 թվականից իրականացվում է «Հոգածություն՝ աղջիկներին» (Care for Girls) համապետական քարոզարշավը, որի գերակա ուղղություններից մեկը «երկու ապօրինությունների» վերացումն է: Իշխանությունները մեծ ուշադրություն են դարձնում նաև ռադիոլոգիական հետազոտությունների իրականացման սարքավորումների վերահսկողությանը: Միաժամանակ, հանրային իրազեկման և կրթության արշավները միտված են փոխելու մարդկանց՝ տղա երեխայի նախապատվությունը սնուցող ընկալումներն ու պատկերացումները, իսկ միայն աղջիկ ունեցող ընտանիքներին գործնական աջակցություն է տրամադրվում:<sup>29</sup>
40. Սեռով պայմանավորված աբորտների և դրա շուրջ խնդիրների վերաբերյալ չինացիների վերաբերմունքի վերաբերյալ համակարգված տվյալներ գրեթե չկա: Առանձին հարցումների արդյունքների հիման վրա, թերևս, կարելի է պնդել, թե չինաստանցիների մեծամասնությունը սեռով պայմանավորված աբորտն ընդունելի չի համարում: Հատկանշական է, որ բազմաթիվ կանայք դիմում են սեռով պայմանավորված աբորտի անգամ այն պարագայում, երբ բարոյական առումով այն անընդունելի են համարում:

Jiang B, Li S. Nu` xing Queshi yu Shehui Anquan (The Female Deficit and the Security of Society). Beijing: Social Sciences Academic, 2009,25:

Yang J, Song Y, Qu Z et al. Shenyu Zhengce yu Chusheng Xingbiebi (Fertility Policy and Sex Ratio at Birth). Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009,244:

<sup>28</sup> Peng P (ed). Zhongguo Jiefa Shengyu Quanshu (The Complete Book of Family Planning in China). Beijing: China Population Press, 1997,939,959,984:

<sup>29</sup> Li S. Imbalanced sex ratio at birth and comprehensive intervention in China. In: 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health and Rights. Hyderabad, India, 29–31 October, 2007:

41. Եթե աշխարհի տարբեր երկրներում աբորտին առնչվող խնդիրները խիստ հակասական են, թե՛ էթիկայի, թե՛ քաղաքական առումով, իսկ սեռով պայմանավորված աբորտներն էլ ավելի խորն ու հակասական էթիկական, իրավական ու սոցիալական քաղաքականության հարցադրումներ են հավելում այս թնջուկին, ապա Չինաստանում այս հակասություններն առավել քան ցայտուն դրսևորումներ ունեն: Եվ չնայած դրան, չինական իրականության մեջ սեռով պայմանավորված աբորտների էթիկական ու սոցիալական քաղաքականության խնդիրների վերաբերյալ հետազոտությունները շատ չեն են: Առկա ուսումնասիրությունները մի շարք հարցեր են բարձրացնում. արդյո՞ք սեռով պայմանավորված աբորտն էթիկայի տեսանկյունից ընդունելի է, արդյոք հարցին միասնական բարոյական մոտեցումը հնարավոր է, պտուղը կյանքի իրավունք ունի՞ արդյոք, իրավունք ունե՞ն ծնողներն արդյոք ընտրելու սեփական երեխայի սեռը և արդյո՞ք համապատասխան տեխնոլոգիաների կիրառությունը թույլատրելի է ոչ բժշկական նպատակներով, այդ թվում՝ տղաների սոցիալ-մշակութային նախապատվության պարագայում:
42. Չինաստանում գիտական շրջանակները, գիտական միտքը որպես կանոն համաձայնեցված են պաշտոնական դիրքորոշմանը. սեռով պայմանավորված առանց բժշկական ցուցման աբորտը, ինչպես նաև առնաց բժշկական ցուցման սեռի նախաձննդյան որոշումը բարոյական առումով սխալ է և պիտի արգելվի իրավականորեն: Այս տեսակետն արտացոլված է «Նորածինների սեռերի խախտված համամասնության վերացման գործողությունների ծրագրում» (Action Plan to Reverse the Distorted Sex Ratio of Newborns)՝ 2005թ. «Նորածինների սեռերի համամասնության շեղումը. էթիկական, իրավական և սոցիալական հարցեր» համապետական սիմպոզիումից հետո հրապարակված կարևոր փաստաթղթում: Այն դատապարտում է Չինաստանում նախկինում ընդունված համապատասխան արգելող և սահմանափակող իրավական ակտերի կիրարկման և պետական քաղաքականության իրականացման անբավարար մակարդակը, ինչպես նաև դժգոհություն է հայտնում, որ այդ իրավական նորմերի շատ խախտումների համար պատասխանատվություն ուղղակիորեն սահմանված չէ, և բազմաթիվ իրավախախտումների վրա հասարակությունն ու իրավապահները գործնականում աչք են փակում: Արդյունքում, վերը նշված քաղաքականությունը չունի որևէ իրական ազդեցիկ ներգործություն (weisheli): Մինչև 2010 թվականը նորածինների սեռերի համամասնությունը վերականգնելու վերաբերյալ կառավարության ստանձնած պարտավորությունների իրականացմանն աջակցելու նպատակով, Գործողությունների ծրագիրը քաղաքականության 10 հանձնարարական է տալիս, այդ թվում՝ սեռով պայմանավորված աբորտն արգելելուն ուղղված հատուկ օրենսդրական փաստաթղթի մշակում և ընդունում, պտղի սեռի նախաձննդյան որոշման և սեռով պայմանավորված աբորտի կատարման սահմանափակումներն ու արգելքները խախտող անձանց պատասխանատվության խստացում և երևույթի հետագա քրեականացում, ռադիոլոգիական հետազոտության «Բ» սարքավորումների և նախաձննդյան ախտորոշման այլ սարքավորումների վաճառքի սահմանափակում և հսկողություն, աղջիկ և տղա նորածինների թվի վերաբերյալ բուժհաստատությունների և ընտանիքի պլանավորման հաստատությունների կողմից կիրառվող հաշվետվողականության համակարգերի ներդրում և կատարելագործում, ինչպես նաև այն աբորտների և հղիությունների վերաբերյալ, որոնց պարագայում կիրառվել է սեռի նախաձննդյան որոշման բժշկական որևէ տեխնոլոգիա:<sup>30</sup>
43. Չինաստանի պաշտոնական դիրքորոշումն, ընդհանուր առմամբ, համահունչ է միջազգային հանրության շրջանում առկա համաձայնությանը. երեխայի սեռի ընտրությունը և, մասնավորապես, պտղի սեռով պայմանավորված աբորտը բարոյապես դատապարտելի է երբեմն իրավական առումով՝ անթույլատրելի: Նման մոտեցումը հիմնավորված է երկու հուժկու փաստարկով. սեռով պայմանավորված աբորտը ներքուստ անընդունելի է, քանի որ բացահայտ կերպով սեքսիստական է և կանանց ու աղջիկների հանդեպ խտրականության խայտառակ դրսևորում է, և միաժամանակ, անթույլատրելի է, քանի որ հանգեցնում է սոցիալական կործանարար հետևանքների, այդ թվում՝ նորածինների սեռերի ահռելի անհամամասնությունների:
44. Գերազանցապես իրավական սահմանափակումների վրա հենված պետական քաղաքականության արդյունավետությունը բավարար չի թվում՝ Չինաստանում բարելավման շոշափելի ձեռքբերումներ դեռևս չկան, իսկ երևույթի հետևանքների ծավալներն այնքան են ահագնացել, որ զանգվածային լրատվության միջոցներում 2015 թվականին սկսվեց քննարկվել բազմամուսնության հնարավորությունը՝ որպես ամուսնական տարիքի կանանց սակավության պատասխան լուծում:<sup>31</sup> Հղիության երկրորդ տրիմեստրում սեռով պայմանավորված դեղամիջոցային «թաքում» աբորտների խնդրի վերաբերյալ մտավախությունն իր հերթին հանգեցրել է Չինաստանի մի շարք նահանգներում առանձին դեղամիջոցների շրջանառության

<sup>30</sup> Qiu, Renzong, on behalf of the China Expert Symposium, 'Unbalanced Sex Ratio of Newborns: Ethical, Legal and Social Issues'. Action plan to reverse the unbalanced ratio of the sexes. Yixue Yu Zhexue (Medicine and Philosophy) 2005;26:24–25, 28:

<sup>31</sup> Տե՛ս օրինակ՝ [http://sinosphere.blogs.nytimes.com/2015/10/26/china-polyandry-gender-ratio-bachelors/?\\_r=0](http://sinosphere.blogs.nytimes.com/2015/10/26/china-polyandry-gender-ratio-bachelors/?_r=0):

սահմանափակմանն ու արգելքների:<sup>32</sup> Սա, թերևս, զարմանալի չէ, անգամ ամենախիստ օրենսդրական սահմանափակումների պարագայում դրանց կիրարկումը խիստ դժվար է, ռադիկալիզացիայի և ծառայությունները դառնում են ավելի ու ավելի հասանելի ու մատչելի, իսկ պտղի սեռի մասին տեղեկությունները կարելի է ծնողներին կամ նրանց հարազատներին հաղորդել առանց բառ ասելու անգամ: Ավելին, ռադիկալիզացիայի հետազոտությունը կարող է իրականացվել մի բուժհաստատությունում, իսկ արբորը՝ մեկ այլ, ուր կինը կարող է արբորի դիմելու բացարձակապես այլ պատճառաբանություններ կայացնել:<sup>33</sup>

45. Ընդհանուր առմամբ, սոցիոլոգիական հետազոտությունների և էթիկայի վերլուծության համադրումը Չինաստանի մոտեցումը բնութագրում է որպես պետականակենտրոն և գործնականում հարկադրանքի վրա հիմնված: Սեռով պայմանավորված արբորների խնդրում պետության միջամտության վերաբերյալ Չինաստանի պարագայում կարելի է նշել առնվազն ութ էական թերություն. Վերարտադրողական ազատությունների և վերարտադրողական իրավունքների արհամարում, պետության և իշխանության ներգործության արտաքուստ աներևույթ վտանգների չնկատելը, արբորի հարցում վարվող ընթացիկ քաղաքականության անհետևողականություն ու առկա հակասություններ (սա, թերևս, փոքր ինչ մեղմվեց «մեկ երեխայի» քաղաքականության վերացումից հետո), գործնական անարդյունավետություն, սահմանափակումների դիմաց վճարվող գինը և դրանց հանդեպ դիմադրությունն ընկալելը, հիմնական խնդիրները չափազանց պարզեցնելն ու թյուր մեկնաբանելը, հանրային քննարկումների և երկխոսության պակասը, ավանդական Չինական խոհափիլիսոփայության մեջ և աշխարհայացքում ամրագրված բարոյական և քաղաքական սկզբունքների արհամարումը: Նշված թերություններին ու սերտած դասերին ուշադրություն դարձնելը հատկապես կարևոր են Հայաստանում երևույթի կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության մշակման փուլում: Իրավամբ, պետության կոշտ ու հարկադրական միջամտությունը մեծ հաջողությամբ կարող է դառնալ ավելի մեծ դժբախտություն ու գլխացավանք, քան խնդիրը, որի լուծմանը նման միջամտությունը կոչված է:<sup>34</sup> Նման արդյունքից խուսափելու նպատակով Հայաստանի իշխանությունները պիտի մշակեն ու կիրառեն գերազանցապես այնպիսի միջոցներ, որոնք բարձրացնում են մարդկանց, հատկապես՝ կանանց դերը որպես բարոյականության առանցք, նպաստում են համայնքների բարեկեցությանն ու էությամբ կամավոր են: Նման մոտեցումները պահանջում են երևույթի ու դրա պատճառների ավելի վերաբերյալ ավելի մեծ գիտելիք, էթիկայի և արժեքների ավելի խորը ընկալում, ավելի արդյունավետ ու իրատեսական մոտեցումներ, պատշաճ հանրային բանավեճ ու երկխոսություն և լիարժեք հասարակական մասնակցություն համայնքներից մինչև համապետական մակարդակ:
46. Չինաստանի փորձը վկայում է, որ արբորները սահմանափակելու, երեխայի սեռի ընտրությունն ու երեխայի սեռի նախաձեռնության հետազոտությունը սահմանափակելուն՝ երեխայի սեռի խտրական ընտրության դրսևորումների դեմ պայքարելուն ավելի արդյունավետ այլընտրանք է երևույթի խորքային պատճառների դեմ պայքարը, այդ թվում՝ կանանց կարգավիճակի աստիճանական բարձրացումն ու հասարակության մեջ նրանց դերի բարձրացումը, ինչը կհանգեցնի տղա երեխային հավասար՝ աղջիկ երեխայի արժևորմանը: Աղջիկ երեխայի ծնունդն ընտանիքում պետք է ընտանիքի համար ուրախություն դառնա, և ոչ՝ մտահոգություն:
47. Այդուհանդերձ, այն դեպքում, երբ երկրում երևույթի հետևանքների դեմ պայքարը կարճաժամկետ հատվածում կարևորվում է, և սեռով պայմանավորված արբորներն ու պտղի սեռի որոշման հետազոտությունները՝ արգելվում, ապա զուգահեռաբար անհրաժեշտ է նախաձեռնել և իրականացնել սոցիալական հիմնավոր ու անշրջելի փոփոխություններին միտված, և ամենից առաջ՝ հասարակության մեջ կանանց կարգավիճակի բարձրացմանն ուղղված բարեփոխումների քաղաքականություն և ծրագրեր<sup>35</sup> Եթե անգամ առանձին դեպքերում, որոշ երկրների մշակութային համատեքստում իրավական փոփոխությունները կարող են օգնել և ուղղորդել սոցիալական փոփոխությունները, սակայն բացառապես իրավական միջոցները գործնականում որևէ երկրում երեխայի սեռի ընտրությունը վերացնել կամ էականորեն կրճատել չեն հաջողել: Չինաստանի պարագայում իրավական գործիքներն ի զորու չեն եղել հասնել խնդրի արմատին: Ավելին, դրանք կարող են էականորեն սահմանափակել կանանց ինքնուրույնությունն ու նվազեցնել նրանց դերն ու կարգավիճակը:

<sup>32</sup> B Ganatra / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):90–9:

<sup>33</sup> Barot, S. 2012. A Problem-and-Solution Mismatch: Son Preference and Sex-Selective Abortion Bans. Guttmacher Policy Review, 15 (2):18–22:

<sup>34</sup> Nie JB. Limits of state intervention in sex-selective abortion: the case of China. Cult Health Sex 2010;12:205–19:

<sup>35</sup> Zilberberg, j. (2007), Sex selection and restricting abortion and sex determination. Bioethics, 21: 517–519. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00598.x:

## Նեպալ

48. Մշակութային համատեքստը, գերակա Հինդու կրոնը և նեպալյան հասարակության մեջ ամրագրված ժառանգության՝ արական գծով տարածվող կառուցվածքը հանգեցնում են տղաների նախապատվություն ու գերակա դերը. տղաներն են կատարում դիակիզման ծեսը, ընտանիքի անվան շարունակողն են և ընտանիքի վաստակողը (նաև՝ կնոջ օժիտի տեսքով), ինչը տարեց հասակում ապահովում է ծնողների խնամքն ու հոգածությունը (Abrejo, Shaikh, & Rizvi, 2009; Unnithan-Kumar, 2010). Ուլտրաձայնային ռադիոլոգիական հետազոտության հասանելիությունն ու մատչելիությունը Նեպալում պտղի սեռը որոշելը դարձնում է հնարավոր հղիության վաղ շրջանում: Այն նեպալուհիները, որոնք ի վիճակի են ուղևորվել Հնդկաստան կարող են օգտվել նաև ապագա երեխայի սեռը որոշելու ավելի թանկարժեք տեխնոլոգիաներից, այդ թվում՝ սպերմայի տեսակավորումից (sperm-sorting), ընկերքի հյուսվածքի հետազոտության (chorionic villus sampling) և ամնիոցենտեզի ծառայություններից: (CREHPA, 2007):
49. Թեև հղիության արհեստական ընդհատումը 2002թ. օրենսդրությամբ օրինականացված է Նեպալում, սակայն սեռով պայմանավորված աբորտն ուղղակիորեն արգելված է այս երկրում նույն օրենքով, իսկ երեխայի սեռի խտրական ընտրությունը հասարակությունն ու պետությունը ճանաչում են որպես ահազանացող խնդիր (Dahal, 2004): Կինն իրավունք ունի բուժհաստատությունում ստանալ հղիության արհեստական ընդհատման ծառայություն մինչև 12-շաբաթական հղիության ժամկետը առանց որևէ հիմնավորման, բռնաբարության կամ ինցեստի պարագայում՝ մինչև հղիության 18-ամսական ժամկետը, իսկ կնոջ կամ պտղի կյանքին վտանգ սպառնալու կամ պտղի բնածին արատի դեպքում՝ հղիության ցանկացած ժամկետում:
50. Հետազոտությունները վկայում են, որ բուժծառայություններ մատուցողները արգելքի և սահմանափակումների պայմաններում աբորտները կատարելիս նշում են բացառապես այլ՝ օրինական հիմքեր, սակայն հայտնում են նաև սեռով պայմանավորված աբորտների, այդ թվում՝ բուժհաստատություններից դուրս կատարվող ընդհատումների վերաբերյալ մտահոգություն:
51. Այս երկրում սեռով պայմանավորված աբորտների արգելքը որոշակիորեն սահմանափակել է համապատասխան անվտանգ բուժծառայությունների մատուցման մատչելիությունը այն անձանց համար, որոնք հաստատականորեն որոշել են ընդհատել պտղի սեռով պայմանավորված անցանկալի հղիությունը, նշում են վերլուծաբանները: Բուժծառայողները հայտնում են նաև, որ թեպետ հեշտ չէ բացահայտել, աբորտի դիմող կնոջ իրական շարժառիթները, այդ թվում՝ տղա ունենալու «բեռն» ու «պարտավորությունն ընտանիքի առջև», սակայն ակնհայտ է, որ նման բեռի ճնշման տակ կանայք շատ դեպքերում հարկադրված են աբորտի ոչ անվտանգ միջոցների դիմել այլուր, քանզի հանրային բուժհաստատություններում նման դրդապատճառով աբորտը անօրինական է, ուստի և՛ որոշակիորեն վտանգավոր: Հետազոտողները պնդում են, որ Նեպալի պարագայում իրավական սահմանափակումներն ու արգելքը պիտի փոխարացվեն իրազեկման քարոզարշավներով և կանանց ու տղամարդկանց իրավահավասարության ապահովմանն ուղղված բարեփոխումներով ու ծրագրերով, որոնց համատեղ կիրառումն է միայն ի վիճակի փոփոխել մշակութային և տնտեսական այն ճնշումները, որոնք հանգեցնում են տղա երեխայի նախապատվությանը և սեռով պայմանավորված աբորտներին: Ծառայություն մատուցողները, բուժհաստատությունները, բժիշկներն ու իրավապահները միայնակ չեն կարող կանխել երևույթն ու փոխարինել սոցիալական փոփոխություններին:<sup>36</sup>

## Վիետնամ

52. Վիետնամում սեռի ընտրության վերաբերյալ նյութերի տարածումն անգամ կարող է հանգեցնել տուգանքի: Սեռի նախաձեննդյան որոշման հետազոտությունների և սեռով պայմանավորված աբորտների արգելքներն այս երկրում նույնպես էական արդյունքներ չեն տվել. արգելքները միայն ավելի է թանկացնում պահանջարկ վայելող ծառայությունների իրական գինը, քանի որ տեխնոլոգիայի ցածր գինը ծառայությունների բուժծառայություն մատուցողների և կանանց համար այն մատչելի ու հասանելի է դարձնում, հատկապես՝ Վիետնամում օր-օրի աճող մասնավոր հատվածի կողմից ստվերային ծառայությունների տարածվածության ընդլայնման պարագայում: Թեպետ հանրային հատվածում վերահսկողության իրականացումը համեմատաբար հեշտ է, այդուհանդերձ, հանրային հատվածում բժիշկների ցածր աշխատավարձը, պետական հիվանդանոցների անբավարար ֆինանսավորումը և ոչ պաշտոնական վճարներից կախվածությունը բազմաթիվ բժիշկների մղում են մասնավոր հատված, ուր պահանջված ստվերային ծառայությունների մատուցման հանդեպ վերահսկողությունը խնդրահարույց է:

<sup>36</sup> Lamichhane P , Harken T , Puri M , Darney PD , Blum M , Harper CC , Henderson JT. Sex-selective abortion in Nepal: a qualitative study of health workers' perspectives. Center for Research on Environment Health and Population Activities (CREHPA), Kusunti, Lalitpur, Nepal. Women s Health Issues (Impact Factor: 2.33). 05/2011; 21(3 Suppl):S37-41. doi: 10.1016/j.whi.2011.02.001:

## Հարավային Կորեա

53. Հետազոտողները որպես հաջողված և ազդեցիկ պետական քաղաքականության լավագույն փորձ հաճախ նշում են Հարավային Կորեայի օրինակը: Իրավամբ, ծնունդների թվում սեռերի անհամամասնության հաղթահարման ուղղությամբ այստեղ իսկապես շոշափելի առաջընթաց է արձանագրվել: 1980-ականներին Հարավային Կորեայում նախկինում առկա սեռերի անհամամասնությունը շարունակեց աճել՝ դառնալով համատարած և 1990-ականների կեսերին հասնելով առավելագույն 116-ի:<sup>37</sup> Հետագայում այն աստիճանականորեն կրճատվեց՝ 2007 թվականին հասնելով 107-ի, ինչը պահպանվում է հետագա տարիներին, ընդհուպ մինչև 2015 թվականը:<sup>38</sup> Հարավկորեացի այն կանանց տեսակարար կշիռը, ովքեր համարում էին, թե «անպայման պիտի տղա ունենան» 1985-ից մինչև 2003 թվականը կրճատվեց 48%-ից հասնելով 17%-ի:<sup>39</sup>
54. Այս երկրի իշխանությունները, ի պատասխան մարտահրավերի, համակողմանի մոտեցում դրսևորեցին՝ խնդրին լուծում տալու նպատակով կիրառելով տնտեսական, սոցիալական և իրավական գործիքների հարուստ զինանոց: Ու թեև իշխանություններն իսկապես հաստատակամորեն հետամուտ եղան սեռի նախաձեռնության որոշման դեմ օրենքների ընդունմանն ու կիրարկմանը, այդուհանդերձ, հետազոտողների մեծամասնությունը համարում է, որ երևույթի կանխարգելման գործում հիմնական ազդեցություն ունեցել են երկրի ինդուստրիալիզացումը, ուրբանիզացումը և կտրուկ տնտեսական զարգացումը, որոնց համատեղ ներգործության արդյունքում արմատապես փոխակերպվեցին հիմնախնդրի ակունքներում առկա սոցիալական նորմերը:<sup>40</sup>
55. Այսպես, Համաշխարհային բանկի հետազոտությունները վկայում են, որ տղա երեխայի նախապատվության նվազման գործում շուրջ 73% դերակատարում են ունեցել սոցիալական նորմերի փոխակերպումները, և 27%՝ կրթության և ուրբանիզացման հետևանքով առաջ եկած փոփոխությունները: Հասարակության մեջ կանանց դերի բարձրացման գործում մեծ նշանակություն ունեցան աշխատաշուկայում կանանց մասնակցության աճը, աշխատանքի պայմանների բարելավումը, գենդերային հավասարությունը խթանող նոր օրենքներն ու պետական քաղաքականությունը, կանանց կրթության և մասնագիտական առաջխաղացման հնարավորությունների ընդլայնումը, տարեց հասակում ծնողների սոցիալական խնդիրների լուծումը երաշխավորող կուտակային կենսաթոշակային համակարգի ներդրումը, ինչպես նաև զանգվածային լրատվության միջոցներով իրականացված իրազեկման լայն քարոզարշավը: Հետազոտողները նշում են հատկապես «Սիրի՛ր դստերդ» քարոզարշավը: Վերլուծաբաններից մեկը նշում է. «կանանց կրթությունը, խտրականության դեմ պայքարի միջոցներն ու հավասար իրավունքների և հավասար հնարավորությունների խթանումը տղա երեխայի նախապատվությունը դարձրեցին հնաոճ ու անհարկի»<sup>41</sup>
56. Ի լրումն, Հարավային Կորեայում առողջապահության համակարգում խիստ և հետևողական վերահսկողության պայմաններում այլ երկրների համեմատ ավելի մեծ հաջողությամբ և արդյունավետությամբ է իրականացվել սեռի որոշման հետազոտությունների կարգավորումը:<sup>42</sup> Թեև պետական քաղաքականության իրականացման վաղ շրջանում պտղի սեռը որոշելու նպատակով ուլտրաձայնային տեխնոլոգիաների կիրառմամբ հետազոտություններն արգելված էին, սակայն սեռով պայմանավորված աբորտներն այս երկրում օրենսդրորեն երբևէ չեն արգելվել: Ներկայում պտղի սեռի որոշման հետազոտության սահմանափակումները նույնպես վերացվել են:

## ԱՄՆ

57. ԱՄՆ-ում սեռի խտրական ընտրության երևույթը սահմանափակվում է բնակչության առանձին՝ ոչ նշանակալի շրջանակներում, ընդ որում՝ ընտրությունը ներառում է թե՛ տղա, թե՛ աղջիկ երեխաներին: Մի շարք որակական հետազոտություններ վկայում են ԱՄՆ-ում երեխայի սեռի խտրական ընտրության

<sup>37</sup> Woojin Chung & Monica Das Gupta, Why is Son Preference Declining in South Korea? The Role of Development and Public Policy, and the Implications for China and India, 19 (World Bank, Policy Research Working Paper No. 4373, 2007), [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1020841](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1020841):

<sup>38</sup> In-Soo Nam, South Korean Women Get Even, At Least in Number, Wall Str. J., July 1, 2013, <http://blogs.wsj.com/korearealtime/2013/07/01/south-korean-females-get-even-at-least-in-number>:

<sup>39</sup> The Worldwide War on Baby Girls: Technology, Declining Fertility and Ancient Prejudice Are Combining to Unbalance Societies, Economist, Mar. 4, 2010, <http://www.economist.com/node/15636231>:

<sup>40</sup> Kate Gilles & Charlotte Feldman-Jacobs, When Technology and Tradition Collide: From Gender Bias to Sex Selection, Population Reference Bureau 1 (Sept. 2012), <http://www.prb.org/pdf12/gender-bias-sex-selection.pdf>:

<sup>41</sup> Gendercide: Killed, Aborted or Neglected, at Least 100m Girls Have Disappeared—and the Number Is Rising, ECONOMIST, Mar. 4, 2010, <http://www.economist.com/node/15606229>:

<sup>42</sup> B Ganatra / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):90–9:

երևույթի առկայության մասին: «Սկեսուրս անընդհատ կրկնում է, թե անպիտան եմ, քանի որ տղա չունեմ: Ասում է, եթե տղա չունենամ, ապա ինձ հետ կուղարկեն Հնդկաստան», տղա երեխա ունենալու՝ ամուսինների և սկեսուրների կողմից ճնշումների մասին նշում է Հնդկաստանից ԱՄՆ ներգաղթածների շրջանում իրականացված հետազոտության մասնակից կանանցից մեկը: Հետազոտության մասնակիցները վկայում են տղա երեխա չունենալու պարագայում հոգեկան ճնշումների, ֆիզիկական բռնության և արհամարհական վերաբերմունքի մասին: Վերջինիս առավել տարածված ձևերը ներառել են սննդից, ջրից և հանգստից մասնակիորեն զրկելը հայտնի իգական պտղով հղիության ընթացքում, թեպետ նշվել են նաև ծեծի դեպքեր, որի միջոցով ամուսինը փորձել է կնոջը հղիությունը հարկադրաբար վաղաժամկետ ընդհատել:<sup>43</sup> Հնդիկ իմիգրանտները բացառություն չեն այս առումով: Մարդահամարի տվյալների ուսումնասիրությունները վկայում են, որ անցանկալի սեռի երեխայով հղիության ընդհատման երևույթը որոշակիորեն տարածված է նաև չինացի և կորեացի ամերիկացիների ընտանիքներում:<sup>44</sup> հետազոտություններից մեկը նշում է, թե այս երկրներից ներգաղթյալների ուսումնասիրված ընտանիքներում «տղա երեխայի նախապատվությունն ակնհայտ է հատկապես երրորդ երեխայով հղիության պարագայում այն ընտանիքներում, որոնցում տղա դեռ չի ծնվել»: Ի հակադրություն, հետազոտությունը նշում է նաև, թե «ավագ և կրտսեր երեխաների սեռային կազմի համամասնությունն այն ընտանիքներում, որոնցում երեխաներն ավագ եղբայր ունեն, կենսաբանական նույն նորմայի սահմաններում է, ինչպես սպիտակ ռասայի ընտանիքների զավակների պարագայում»՝ անկախ ավագ եղբայրների և քույրերի սեռից: Նման վիճակագրական պատկերն, այդուհանդերձ, որևէ էական ազդեցություն չունի ԱՄՆ-ում սեռերի համամասնության վրա, քանի որ խտրական ընտրության վարքագիծ դրսևորող ընտանիքների կշիռն այս երկրում չնչին է:<sup>45</sup> ԱՄՆ-ում չինացի, հնդիկ և կորեացի ծնողների ընտանիքներում տղայի նախապատվությամբ երեխայի սեռի խտրական ընտրության վերաբերյալ 2008թ. Ալմոնդի և Էդլունդի հետազոտության արդյունքների հրապարակումից հետո մի շարք նահանգներում սեռով պայմանավորված աբորտներն արգելվեցին, երկու տասնյակից ավելի նահանգներում և ԱՄՆ Կոնգրեսում քննարկվել են սեռով և/կամ ռասայով պայմանավորված աբորտներն արգելող նահանգային և դաշնային մի շարք նման օրինագծեր: Այսպես, 2009-2013թթ. դաշնային և նահանգային մակարդակներում առաջադրվել է ավելի քան 60 օրինագիծ՝ ուղղված սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատում կատարած բժիշկների կրիմինալիզացմանը:<sup>46</sup> Մինչ այժմ նահանգների օրենսդիրները ընդունել են ութ նման օրենք:<sup>47</sup> Սեռով պայմանավորված աբորտներն արգելող նահանգային օրենքներով աբորտ կատարող բժիշկները ենթակա են պատասխանատվության տարբեր չափերի՝ ազատազրկումից, տուգանքներից մինչև՝ մասնագիտական գործունեությամբ զբաղվելու սահմանափակումներ և վնասի փոխհատուցման հայց հղի կնոջ ու նրա ընտանիքի կողմից: Դեռևս թղթի վրա մնացող մի շարք օրինագծեր պատասխանատվություն են սահմանում անգամ այն անձանց համար, ովքեր պարզապես աջակցել են սեռով պայմանավորված աբորտի հնարավորություն փնտրած հղի կնոջը: Դաշնային մակարդակում սեռով պայմանավորված աբորտի արգելք սահմանող օրինագծեր Ներկայացուցիչների պալատ է ներկայացվել չորս անգամ:

58. Հատկանշական է, որ սեռով պայմանավորված աբորտն արգելող օրենքներ ընդունած նահանգներն ԱՄՆ-ում ունեն ամենամեծ և ամենաարագ տեմպով աճող ասիական բնակչությունը (Asian American and Pacific Islanders/AAPIs). ասիական ամենամեծ բնակչությունն ունեցող 15 նահանգներից տասներկուսը և ամենաարագ աճող ասիական բնակչություն ունեցող 15 նահանգներից տասն առաջարկել են ընդունել նման արգելքներ: Մի շարք նահանգներում, ուր բժիշկներն ու կրտսեր բուժանձնակազմը պարտավոր են հաղորդել իշխանություններին անգամ սոսկ կասկածն այն մասին, թե հղի կինը աբորտի է դիմում պտղի սեռով պայմանավորված հանգամանքով: Փորձելով հիմնավորել նման սահմանափակումների և արգելքների անհրաժեշտությունը, դրանք նախաձեռնող քաղաքական և հասարակական գործիչները փորձում են հրապարակայնորեն թիրախավորել հենց ասիական ծագումով կանանց ու ընտանիքները՝

<sup>43</sup> Sunita Puri, Vicanne Adams, Susan Ivey, & Robert D. Nachtigall, “There is Such a Thing as Too Many Daughters, but Not Too Many Sons”: A Qualitative Study on Son Preference and Fetal Sex Selection Among Indian Immigrants in the United States, 72 SOC. SCI. & MED. 1169, 1173 (2011):

<sup>44</sup> Douglas Almond & Lena Edlund, Son-Biased Sex Ratios in the 2000 United States Census, 105 PROC. NAT’L ACAD. 5681, 5681 (2008), [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311342/pdf/zpq5681.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311342/pdf/zpq5681.pdf):

<sup>45</sup> Almond & Edlund, Son-Biased Sex Ratios in the 2000 United States Census:

<sup>46</sup> Issue Brief: Race and Sex Selective Abortion Bans, National Asian Pacific American Women’s Forum (NAPAWF), [http://napawf.org/wp-content/uploads/2013/11/PRENDAIssueBrief\\_11.26-FINAL.pdf](http://napawf.org/wp-content/uploads/2013/11/PRENDAIssueBrief_11.26-FINAL.pdf):

<sup>47</sup> ARIZ. REV. STAT. ANN. § 13-3603.02 (2013); 720 ILL. COMP. STAT. 510/6(8) (2013), enjoined by Consent Decree, *Herbst v. O’Malley* (No. 84-C-5602, D. Ill., Mar. 30, 1993), <http://www.nrlc.org/uploads/obamabaipa/FedCourtDecree1993BlockingIllinoisLaw.pdf>; KAN. STAT. ANN. § 65-6726 (2013); N.C. GEN. STAT. § 90-21.121 (2013); N.D. CENT. CODE § 14-02.1-04.1 (2013); OKLA. STAT. tit. 63, § 1-731.2 (2013); 18 PA. CONS. STAT. § 3204 (2013); S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-64 (2014):

դրանք հայտարարելով խնդրի հիմնական կրողները:<sup>48</sup> Չինաստանում և Հնդկաստանում նորածինների սեռի անհամամասնության վերաբերյալ անհանգստություն հայտնելով, օրինագծերի հեղինակները պնդում են, թե ԱՄՆ-ում սահմանափակումներն անհրաժեշտ են, քանի որ այդ երկրներից ԱՄՆ եկող միգրանտները կարող են տարածել երեխայի սեռի խտրական ընտրության երևույթը նաև ԱՄՆ-ում: Նման մոտեցման կապակցությամբ մտահոգություն է հայտնում ԱՄՆ քաղաքացիական հասարակության մեկ այլ հատված, այս մոտեցումը մեղադրելով այլատյացության սերմանման մեջ և համարելով, որ այն մեծ վնաս է հասցնում ասիական ծագումով միգրանտներին՝ ամրապնդելով այն կարծրատիպերը, որոնք նրանց շրջանում գոյություն են ունեցել սերնդեսերունդ: Նման մոտեցումը ասիացի ամերիկաբնակ կանանց բժշկի սենյակում դարձնում է կասկածյալ՝ հիմք ծառայելով բուժժառայությունների մատուցման ձգձգման կամ մինչև անգամ՝ մերժման համար:<sup>49</sup>

59. 2011թ. «Հանուն կյանքի միավորված ամերիկացիներ» (Americans United for Life) կազմակերպությունը մոդելային օրենսդրության նախագիծ և քաղաքականության ուղեցույց մշակեց՝ պտղի սեռով պայմանավորված և պտղի գենետիկական շեղումների դեպքում արբորտների դեմ պայքարում նահանգներին աջակցելու նպատակով: Թեպետ այս նախաձեռնությունը ընդունում է, որ «Ամերիկյան քաղաքացիների շրջանում ներկայում տղաների նախապատվության վերաբերյալ համոզիչ փաստեր չկան», այդուհանդերձ այն ենթադրում է, թե իշխանությունների միջամտությունն անհրաժեշտ է բացառելու համար նման երևույթի առաջացումը կանխելու նպատակով:<sup>50</sup>
60. 2013 թվականին Հյուսիսային Դաքոթան դարձավ ԱՄՆ առաջին նահանգը, որն արգելեց արբորտը պտղի զարգացման շեղումների պարագայում, անգամ այն դեպքերում, երբ պտղի մոտ առկա են կյանքի հետ անհամատեղելի խնդիրներ և երեխան մահանալու է մինչև ծնվելը կամ ծնվելուց ոչ երկար ժամանակ անց: Մի շարք նահանգներ ընդունել են շուրջծննդյան խնամքի ծառայություններ մատուցող հաստատություններում պարտադիր խորհրդատվության պահանջ սահմանող նորմեր՝ արբորտի դիմող կանանց համար:
61. Ընդհանուր առմամբ, ԱՄՆ 8 նահանգն արգելում է պտղի սեռով պայմանավորված արբորտը հղիության որոշակի ժամկետում, այդ թվում՝ մեկ նահանգում արգելված է պտղի ռասայով պայմանավորված արբորտը, մեկ նահանգ արգելում է արբորտը այն դեպքում, երբ պտուղը գենետիկական շեղումներ ունի, երեք նահանգ կնոջից պահանջում են նախքան արբորտը շուրջծննդյան հոսպիտալին ծառայություններ խորհրդատվության դիմել, այն դեպքում, երբ արբորտի պատճառ կարող է լինել պտղի ոչ կենսունակ վիճակը: Կանգասը պահանջում է նման խորհրդատվության դիմել ցանկացած արբորտից առաջ:<sup>51</sup>
62. Չնայած օրենսդրական ընդունված և առաջադրված նախաձեռնություններին, բազմաթիվ հետազոտողներ կարծում են, որ նման օրենքներն արբորտի իրավունքը սահմանափակելու դեմ արշավի մաս են:<sup>52</sup> Այսպես, 2014թ. փետրվարին սեռով պայմանավորված արբորտն արգելելու մասին օրինագիծ առաջադրվեց Կալիֆորնիայի նահանգային ժողով, որը սակայն մերժվեց Առողջապահության մշտական հանձնաժողովում լուսնների ընթացքում, համարվելով վնասակար կանանց և խտրական՝ ասիական ծագումով անձանց համար:<sup>53</sup> ԱՄՆ-ում ամենամեծաթիվ ասիական համայնքն ունեցող այս նահանգի որոշ օրենսդիրներ օրինագիծը համարեցին խիստ վիրավորական, իսկ Սան Ֆրանցիսկոյի քաղաքային իշխանությունները (San Francisco Board of Supervisors) և Օքլենդի քաղաքային խորհուրդը խտրական օրենքները դատապարտող բանաձևեր ընդունեցին:

<sup>48</sup> Prenatal Nondiscrimination Act (PRENDA) of 2013, H.R. 447 113th Cong. §§2(a)(1)(F), (J) (2013), <https://goo.gl/hvGwgO> (“The evidence strongly suggests that some Americans are exercising sex-selection abortion practices within the United States consistent with discriminatory practices common to their country of origin, or the country to which they trace their ancestry. . . . [for example,] the Republic of India or the People’s Republic of China, whose recent practices of sex-selection abortion were vehemently and repeatedly condemned by [the U.S. government].”):

<sup>49</sup> Jennifer Chou and Shivana Jorawar, Silently Under Attack: AAPI Women and Sex-Selective Abortion Bans, 22 Asian Am. L.J. (2015). <http://scholarship.law.berkeley.edu/aalj/vol22/iss1/4>:

<sup>50</sup> Ban on Abortions for Sex Selection and Genetic Abnormalities: Model Legislation & Policy Guide for the 2012 Legislative Year, Americans United for Life, <http://www.aul.org/wp-content/uploads/2010/01/Sex-Selective-and-Genetic-Abnormality-Ban-2012-LG.pdf>:

<sup>51</sup> S. Mohapatra, “Global Legal Responses to Prenatal Gender Identification and Sex Selection,” Nevada Law Journal 13, no. 3 (2013): 690-721:

<sup>52</sup> N.C. GEN. STAT. § 90-21.121(a) (2013) (criminalizing performance of an abortion where the provider has knowledge or an objective reason to know that a woman’s reasons for an abortion are related to the gender of her child); OKLA. STAT. tit. 63, § 1-731.2 (2013) (requiring knowledge or recklessness); 18 PA. CONS. STAT. § 3204 (2013) (requiring intent, knowledge, or recklessness); S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-64 (2014) (requiring selection knowledge or reckless disregard) :

<sup>53</sup> Abortion: Gender Selection: Hearing on A.B. 2336 Before the Assembly Health Comm., 2013–2014 Reg. Sess. (Ca. May 6, 2014), <http://goo.gl/sAzj61>:



63. Սեռով պայմանավորված աբորտների իրավական կարգավորման ընդդիմախոսները, մասնավորապես, նշում են, որ Իլինոյս և Փենսելվանիա նահանգներում կիրարկված օրենսդրական սահմանափակումները այդ նահանգների ասիացի նորածինների սեռերի համամասնության վրա որևէ ազդեցություն չեն գործել համապատասխան օրենքների ընդունմանը հաջորդած վեց տարիների ընթացքում: Այսպես, նշվում է, որ Իլինոյսում և հարևան նահանգներում ասիական ընտանիքներում ծնված երեխաների սեռերի անհամամասնություն չի գրանցվել: Միաժամանակ, հետազոտողները պնդում են. թեպետ Փենսիլվանիայում և դրան հարակից նահանգներում ասիացիների ընտանիքներում նորածինների սեռերի համամասնությունը թեթևակի շեղված է եղել՝ նախապատվություն տալով տղաներին, սակայն օրենսդրության ընդունումը երևույթի վերացման առումով ազդեցություն չի գործել ընդհանրապես: Այս փաստերի վրա հղվելով, վերլուծաբանները պնդում են, որ սեռով պայմանավորված աբորտների արգելումը խտրական ընտրության պրակտիկայի վրա չի ազդել: Նման ազդեցության բացակայության պատճառների թվում հետազոտողները նշում են այն հանգամանքը, որ օրենսդրորեն սահմանափակվում է սեռի ընտրությունը բացառապես աբորտի միջոցով, մինչդեռ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ երեխայի սեռի նախահիմնական տեսչի ընտրությունն (սերմնաբջիջների տեսակավորում, բեղմնավորված ձվաբջիջների գենետիկ հետազոտություն և այլն) արգելող դրույթներ օրենքները չեն սահմանում: Արդյունքում, նման տեխնոլոգիաները մնում են մատչելի, ինչը հասանելի է դարձնում երեխայի սեռի ընտրությունը նահանգներում: Նշվում է նաև, որ օրենսդրական արգելքների կիրարկումը դժվար է ապահովել, քանի որ բարդ է որոշել կնոջ՝ աբորտ կատարելու իրական դրդապատճառը:<sup>54</sup>
64. Հետազոտողները պնդում են, որ սեռով պայմանավորված աբորտների արգելքը բեռ է բուժառայություն մատուցողների համար. նրանք ստիպված են ոչ միայն աբորտի դիմող յուրաքանչյուր կնոջ հարցուփորձ անել աբորտի դիմելու դրդապատճառների վերաբերյալ, այլև կանխակալ մոտեցում ունենալ ասիական ծագումով ամերիկուիկների և նրանց համայնքների հանդեպ: Այսպես, Հարավային Դաքոթայի օրենսդրությունը բժշկից պահանջում է ակտիվորեն «ճշտել հղի կնոջից, թե գիտե վերջինս արդյոք իր կրած երեխայի սեռը, և եթե գիտե, արդյոք աբորտի է դիմում չծնված երեխայի սեռի՞» պատճառով:<sup>55</sup> Նման հստակ ցուցումները բարձրացնում են դրանց կատարման համար բուժաշխատողների պատասխանատվությունը և որոշակիորեն խթանում ասիական ծագման կանանց որոշ ծառայություններ մերժելու հնարավորությունը. արգելքների և սահմանված պատասխանատվության ճնշման ներքո բուժառայողները կարող են հրաժարվել վերարտադրողական առողջության համապատասխան ծառայություններ մատուցել ասիական ծագումով կանանց՝ խուսափելով քաղաքացիական կամ քրեական պատասխանատվության ենթարկվելուց, նշում են վերլուծաբանները: Վտանգներն էլ ավելի նշանակալի կարող են լինել, հաշվի առնելով ասիական ծագումով որոշ ամերիկուիկների անզվերենի իմացության սահմանափակումները:<sup>56</sup>
65. Թաքնվելով գենդերային խտրականության քողի տակ, նման օրենքները սահմանափակում են աբորտների մատչելիությունը, չեն արգելում սեռի ընտրության այլ մեթոդները, խորացնում են գենդերային անհավասարությունը՝ կրճատելով սեփական վերարտադրողական առողջության հարցերի վերաբերյալ որոշում կայացնելու կանանց հիմնարար և օրինական իրավունքները, եզրահանգում են մասնագետները:<sup>57</sup> Օրենսդրական սահմանափակումները խոչընդոտում են վերարտադրողական առողջությունը և վերարտադրողական իրավունքները և ԱՄՆ պարագայում ավելի են խորացնում նաև ռասայական անհավասարությունը՝ թիրախ ընտրելով ասիական ծագումով կանանց, թյուր կերպով մեկնաբանելով և արհամարելով նրանց արժեքները, նշում են մի շարք հետազոտություններ: Այս առումով հատկանշական է խնդրի քննարկումն արժեքային դաշտ տեղափոխելը, ուր ակադեմիական և քաղաքական բանավեճի երկու կողմերն էլ հղվում են նույն արժեքներին, սակայն դրանց վերաբերյալ մեկնաբանությունները երբեմն ծառայեցնում են սեփական եզրակացությունները հիմնավորելուն:<sup>58</sup>

<sup>54</sup> Nandi, Arindam; Kalantry, Sital; and Citro, Brian, "Sex-selective Abortion Bans are Not Associated with Changes in Sex Ratios at Birth among Asian Populations in Illinois and Pennsylvania" (2014). Cornell Law Faculty Publications. Paper 1312. <http://scholarship.law.cornell.edu/facpub/1312>:

<sup>55</sup> H.B. 1162, 89th Leg., Reg. Sess. (S.D. 2014) (enacted):

<sup>56</sup> International Human Rights Clinic at the University of Chicago Law School, National Asian Pacific American Women's Forum & Advancing New Standards in Reproductive Health, Replacing Myths with Facts: Sex-Selective Abortion Laws in the United States 15–18 (May 2014), <https://ihrcclinic.uchicago.edu/page/replacing-myths-facts-sexselective-abortion-laws-united-states>:

<sup>57</sup> Jennifer Chou and Shivana Jorawar, Silently Under Attack: AAPI Women and Sex-Selective Abortion Bans, 22 Asian Am. L.J. (2015). <http://scholarship.law.berkeley.edu/aalj/vol22/iss1/4>:

<sup>58</sup> M. Redden, "A New Study Demolishes the Racist Myths Behind Sex-Selective Abortion Bans Surprise! The 'Pro-Women' Bans Are Just Another Way to Block Abortion Rights," Mother Jones, June 4, 2014, [m.motherjones.com/politics/2014/06/study-sex-selective-abortion-bans-racist-asianamericans](http://m.motherjones.com/politics/2014/06/study-sex-selective-abortion-bans-racist-asianamericans):

66. Ռասայական խտրականության խնդիրները երեխայի ընտրության հիմնախնդիրների օրակարգում քննարկելով, հետազոտողները նշում են, որ Արիզոնայի օրենսդրությունն արգելում է հղիության արհեստական ընդհատումը՝ պայմանավորված պտղի ռասայով, ինչը բուժառայություն մատուցողին հարկադրում է ճշտել կնոջ շարժառիթները: Խտրական հիմքով արգելվելու քառազուլները, հիմնվելով այն վիճակագրության վրա, համաձայն որի գունավոր ռասայի կանանց պարագայում արբորտների գործակիցն ավելի բարձր է, քան սպիտակ կանանց դեպքում, նշում են, որ կարգավորման հիմնական թիրախը լատինաամերիկոսներն ու աֆրոամերիկոսներն են, նրանց ընտանիքներն ու համայնքները: Մինչդեռ, օրենսդրական կարգավորման ընդդիմախոսները նշում են, որ արբորտի ծառայություն տասը մատուցողից վեցը տեղակայված են գերազանցապես սպիտակամորթներով բնակեցված թաղամասերում, իսկ գունամորթ կանանց արբորտների բարձր ցուցանիշը հիմնականում պայմանավորված է անցանկալի հղիությունների բարձր ցուցանիշով՝ թերևս, անբավարար բեղմնականխման արդյունքում:
67. Սահմանափակումներն անհարկի համարող հետազոտողներն ու վերլուծաբանները նշում են նաև ԱՄՆ-ում չինացի, հնդիկ և կորեացի ընտանիքներում ծնունդների վերջին տվյալները, որոնց համաձայն նորածինների սեռերի համամասնությունը բնականի սահմաններում՝ 100 աղջկա հաշվով համապատասխանաբար 105, 102 և 104 տղա: Հատկանշական է, որ ԱՄՆ բնակչության համար այս ցուցանիշը միջինում 105 է: Ստացվում է որ ԱՄՆ-ում չինացի, հնդիկ և կորեացի ընտանիքներում ծնունդների թվում ծնվում է միջինում առնվազն գրեթե նույնքան աղջիկ, որքան միջին ամերիկյան ընտանիքում: մի շարք հարցումներ նշում են, որ չինացի, հնդիկ և կորեացի ամերիկոսների շուրջ 90%-ը չի կարևորում անգամ իր միակ գավակի սեռը:
68. ԱՄՆ-ում սեռով պայմանավորված արբորտների օրենսդրական սահմանափակումների դեմ պայքարը մեծ թափ ունի: Հարկ է նշել նաև, որ այս երկիրն աշխարհում առանձնանում է արբորտների շուրջ բանավեճի ծայրահեղ քաղաքականացվածությամբ ընդհանրապես: Այսպես, արբորտների վերաբերյալ դիրքորոշումը ԱՄՆ-ում քաղաքական պայքարի կարևորագույն դերակատարում ունի ցանկացած մակարդակում իշխանության ընտրությունների ընթացքում: «Ընտրությունակենտրոն» (pro-choice) և «կյանքակենտրոն» (pro-life) ուղղությունների բախումը ԱՄՆ հասարակությունը բաժանող գծերից մեկն է. շատերը այս կամ այն թեկնածուի կամ կուսակցության օգտին քվեարկում են բացառապես արբորտի վերաբերյալ նրա հրապարակային դիրքորոշումից ելնելով: Այս հանգամանքը հարկ է հաշվի առնել արբորտների՝ ընդհանրապես, և մասնավորապես՝ սեռով պայմանավորված արբորտների վերաբերյալ նյութերը, այդ թվում ակադեմիական ձևաչափում հրապարակումներն ուսումնասիրելու և վերլուծելու ընթացքում: Այս կամ այն ուղղության ջատագով գիտնականները հաճախ միմյանց մեղադրում են ուսումնասիրությունների մեթոդների,<sup>59</sup> ընտրողականության կամ սուբյեկտիվության, երբեմն անգամ՝ կեղծարարության մեջ:<sup>60</sup> Զարմանալի չէ, որ սեռով պայմանավորված արբորտների կանխարգելման դեմ պայքարի ԱՄՆ փորձից սերտած դասերն առավել արժեքավոր են ոչ թե եզրահանգումների ու առաջարկների այլ գերազանցապես փաստարկների ու դրանց բանավեճն ուսումնասիրելու առումով:
69. Ամփոփելով խնդրի շուրջ ամերիկյան բանավեճը հարկ է առանձնացնել առավել հաճախ ու բարձր հնչող մի քանի եզրակացություն և փաստարկ:
70. Շեշտվում է, որ սեռով պայմանավորված արբորտների արգելումն ԱՄՆ-ում անարդյունավետ է. սահմանափակումները չեն կանխում սեռով պայմանավորված արբորտները: Ընդհակառակը, դրանք հասարակության ուշադրությունը շեղում են իրական խնդրո առարկայից՝ հասարակության մեջ առկա այն վերաբերմունքից, որն աղջկան նվազ է արժևորում տղայի համեմատ և այդ վերաբերմունքը սնուցող մշակութային ճնշումներից, որոնց արդյունքում զույգերն ու ընտանիքները սելեկտիվ արբորտի են դիմում:<sup>61</sup>
71. Երկրորդ, սեռով պայմանավորված արբորտի արգելքը վտանգում է կանանց կյանքն ու առողջությունը՝ արբորտը դարձնելով նվազ հասանելի ու մատչելի այն կանանց համար, ովքեր դրա պահանջն ունեն: Արգելքների խախտման համար սահմանված պատասխանատվությունը բուժառայողներին կարող է մղել հրաժարվել առանձին դեպքերում ծառայություն մատուցելուց՝ պատասխանատվության ենթարկվելու

<sup>59</sup> J. Pieklo, “Report Debunks Conservative Case for Sex-Selection Abortion Bans,” RH Reality Check, June 4, 2014, [rhrealitycheck.org/article/2014/06/04/report-debunks-conservative-case-sex-selection-abortion-bans](http://rhrealitycheck.org/article/2014/06/04/report-debunks-conservative-case-sex-selection-abortion-bans):

<sup>60</sup> Seema Mohapatra, False Framings: the Co-Opting of Sex-Selection by the Anti-Abortion Movement, 43 J. L. Med. & Ethics 270 (2015):

<sup>61</sup> Bela Ganatra, Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia, 16: 31 Supp. Reprod. Health Matters 90, 96 (2008):

Madhu Kishwar, Abortion of Female Fetuses: Is Legislation the Answer? 1:2 Reprod. Health Matters 113, 114 (1993):

վտանգից խուսափելու նպատակով: Դրա հետևանքով որոշ կանայք կարող են դիմել անապահով, վտանգավոր և անօրինական արքորտի:

72. Երրորդ, սեռով պայմանավորված արքորտի արգելքը սահմանափակում է կնոջ ինքնուրույնությունն ու մղում նվազ արդյունավետ լուծումների: Քրեականացնելով անվտանգ արքորտի մատչելիությունը սահմանափակումները հարվածում են կնոջ իրավունքներին: Անարդյունավետ լուծումների վրա կենտրոնացնելով հասարակության ուշադրությունը օրենսդրական արգելքը շեղում է հասարակության ուշադրությունը կանանց ու աղջիկների հանդեպ խտրականության դեմ պայքարի գերակայությունից, ինչն ավելի մեծ հաջողությամբ կարող է նպաստել սեռով պայմանավորված արքորտի կանխարգելմանը: Հասարակությունը պետք է ստանձնի գենդերային առկա նախապատվությունների ու կարծրատիպերի և դրանք փոխակերպելու պատասխանատվությունը, ոչ թե խուսափի դրանցից՝ քրեականացնելով սեռով պայմանավորված արքորտն և հասարակության բոլոր շերտերն ընդգրկող լայն խնդրի համար պատասխանատվության բեռը դնի կանանց ու բուժաշխատողների ուսերին, որը կրելու դիմաց կանայք վճարելու են իրենց առողջությամբ ու արժանապատվությամբ:<sup>62</sup>

73. Չորրորդ, ԱՄՆ-ում սեռով պայմանավորված արքորտների արգելքը հակաընտրակենտրոն հոսանքների՝ արքորտների մատչելիության դեմ պայքարի թաքնված օրակարգի մաս կարող են դիտարկվել:<sup>63</sup> Սեռով պայմանավորված արքորտի արգելքը սահմանող օրենքները ընդունվում են ոչ թե սեռով պայմանավորված խտրականության դեմ պայքարելու կամ սեռով պայմանավորված արքորտները կանխելու, այլ թուլացնելու արքորտի իրավունքի համար պայքարող հոսանքներին հասարակական աջակցությունը և ուղղված է սահմանափակելու կանանց ընտրության իրավունքը՝ ունենալ, թե չունենալ երեխաներ, նշում են մի շարք վերլուծաբաններ:<sup>64</sup>

#### *Իսրայել*

74. Թեպետ պտղի սեռի խտրական ընտրության առավել տարածված պատճառը տղա երեխայի նախապատվությունն է, այնուամենայնիվ մի շարք երկրներում որոշ ընտանիքներ նախընտրում են աղջիկ ունենալ: Այսպես, Իսրայելական որոշ զույգեր նախընտրում են ընդհատել արական պտղով հղիությունը, ապագա տղայի գինված ուժեր զորակոչից խուսափելու նպատակով:<sup>65</sup> Հայտնի դեպք, երբ իսրայելական զույգերից մեկն այնքան էր ցանկանում տղա չունենալ, որ հենց առաջին հղիությունն ընդհատեց այն բանից հետո, երբ պարզվեց, որ պտուղն արական է, իսկ այն բանից հետո, երբ երկրորդ հղիության ընթացքում պարզվեց, որ զույգ է ունենալու (տղա և աղջիկ), զույգը որոշեց արհեստականորեն ընդհատել արական պտղի հետագա զարգացումը:<sup>66</sup> Ընդհանուր առմամբ, Իսրայելում, եվրոպական մի շարք երկրներում, ԱՄՆ-ում և այլուր ամուսինները երբեմն դիմում են սեռով պայմանավորված արքորտի՝ ընտանիքի հավասարակշռման նպատակով:<sup>67</sup>

75. Իսրայելը մեկ շնչի հաշվով արտամարմնային (էքստրակորպորալ) բեղմնավորման՝ ԱՄԲ (In vitro fertilisation - IVF) ամենաբարձր ցուցանիշն ունի աշխարհում:<sup>68</sup> Նախաձննդյան գենետիկ ախտորոշումը՝ ՆԳԱ (prenatal genetic diagnosis - PGD) 2005 թվականից ի վեր կարգավորում է երկրի Առողջապահության նախարարությունը՝ կարգադրության հիման վրա (համապատասխան օրենք չկա), որն ընդհանուր առմամբ, արգելում է սեռով պայմանավորված արքորտները, բացառությամբ բժշկական ցուցումով կատարվող, ինչպես նաև դիմումի հիման վրա՝ ընտանիքի հավասարակշռման նպատակով կամ զգայական (էմոցիոնալ) և կրոնական պատճառներով արքորտների:<sup>69</sup> Բժշկական ցուցում կատարվող սեռով պայմանավորված արքորտները մտնում են Ազգային առողջապահական ապահովագրության շրջանակներում յուրաքանչյուր իսրայելցուն երաշխավորված առողջապահական ծառայությունների հիմնական փաթեթի մեջ

<sup>62</sup> B.M. Dickens, Can Sex Selection be Ethically Tolerated? 28:6 J. Med. Ethics. 335, 336 (2002); Angela Long, Why Criminalizing Sex Selection Techniques is Unjust: An Argument Challenging Conventional Wisdom. 14 Health L.J. 70, 74-75, 92 (2006):

<sup>63</sup> Steven G. Calabresi, How to Reverse Government Imposition of Immorality: A Strategy for Eroding Roe v. Wade, 31 Harv. J.L. & Pub. Pol'y 85 (2008):

<sup>64</sup> Statement of Policies and Principles on Discrimination Against Women and Sex-Selective Abortion Bans. Center for Reproductive Rights:

<sup>65</sup> Leiter G. What Israeli policy can teach us about elective sex selection. Israel Journal of Health Policy Research. 2014;3:42. doi:10.1186/2045-4015-3-42:

<sup>66</sup> Lori B. Andrews, Maxwell J. Mehlman, Mark A. Rothstein, Genetics: Ethics, Law and Policy 371 (3d ed. 2010) :

<sup>67</sup> Yael Hashiloni-Dolev, Attitudes Toward Sex Selection: A Survey Among Potential Users in Israel, 30 PRENAT. DIAG. 1019, 1019 (2010) : Parents Queue to Select Baby Gender, B.B.C. NEWS, Oct. 29, 2008, [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/7696698.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/7696698.stm):

<sup>68</sup> Simonstein F, Mashiach-Eizenberg M, Revel A, Younis JS: Assisted reproduction policies in Israel: a retrospective analysis of ivf-embryo transfer. Fertil Steril 2014, 102(5):1301-1306:

<sup>69</sup> Sex Selection, World in Vitro Fertilization Units, <http://www.ivfworldwide.com/Education/sex-selection.html>:

(«պետպատվեր»): Սահմանված դեպքերում սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելու գրավոր թույլտվություն տալու իրավասություն ունի Առողջապահության նախարարության գլխավոր տնօրենի կողմից նշանակված յոթ հոգանոց հանձնաժողովը, որի կազմում ընդգրկված է հոգեբան, մանկաբարձ-գինեկոլոգ և գենետիկայի մասնագետ, բժշկական էթիկայի մասնագետ, սոցիալական աշխատող, իրավաբան և հոգևորական:<sup>70</sup>

76. Ամուսինները կամ միայնակ հղիները կարող են հանձնաժողովին դիմել սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելու թույլտվություն ստանալու համար, այն դեպքում եթե զգում են, որ արքրտ չկատարելը իրենց ընտանիքի անդամների հոգեկան առողջությանը զգալի վնաս կարող է պատճառել: Դիմողները պիտի ամուսնացած լինեն, ունենան նույն սեռի չորս համատեղ երեխա և չունենան հակառակ սեռի երեխա: Դիմողներին նախաձեռնողյան գենետիկական հետազոտության վերաբերյալ խորհրդատվություն տրամադրելը և հետազոտության համար նրանց գրավոր համաձայնությունը ստանալը պարտադիր է: Դիմողները պետք է հասկանան, որ քանի դեռ պահպանվում են սեռով պայմանավորված ընտրությունը չանցած սաղմերը, լրացուցիչ ԱՄԲ ցիկլ չի իրականացվելու, մինչև զույգը չօգտագործի մնացած բոլոր սաղմերը: Ի հավելումն, քննվում են առանձին և անհատական (idiosyncratic) կրոնական մի շարք պատճառաբանություններ, ինչպես այն դեպքերում, երբ հրեա հոգևորականների ընտանիքները, որոնք սպերմայի դոնորի կարիք ունեն, հրաժարվում են տղա ունենալ, քանի որ միայն ընտանիքի գենետիկական գիծը ժառանգող արու զավակն իրավունք ունի կրոնական ծեսի ընթացքում օրհնել հավատացյալներին, ուստի այս ընտանիքների համար նախընտրելի է դուստրը:<sup>71</sup>
77. Հանձնաժողովի գործունեության առաջին յոթ տարիների ընթացքում ներկայացված բոլոր 411 դիմումների ուսումնասիրությունը վկայում է, որ զույգերի մեծամասնությունը դիմել և ստացել է թույլտվություն՝ բավարարելով առաջնային պայմանը՝ ունենալ նույն սեռի չորս համատեղ երեխա: Դիմողների մեծամասնությունը ցանկացել է տղա երեխա (արաբ ընտանիքների 100%-ը և հրեա ընտանիքների 2/3-ը), իսկ որպես դիմումի հիմնական շարժառիթ նշվել է ծնողների ուժգին զգայական ցանկությունը: Դիմումների 78.4%-ի դեպքում հղիության համար ԱՄԲ կամ անպտղության բուժման որևէ այլ միջամտության կարիք չի եղել:<sup>72</sup>
78. Նույն սեռի չորս և ավելի երեխա ունեցող ընտանիքներում երեխաների սեռերի հավասարակշռման մոտեցումը, ընթացակարգերի հետ կապված ռիսկերի իրազեկությունը, ինչպես նաև սեռով պայմանավորված՝ հնարավոր օգտագործումից զրկված սաղմերի քանակի սահմանափակումը և այլ գործոններ ներառվել են կարգավորման մեջ բազմաթիվ մտահոգություններ և խնդիրներ հաշվի առնելով: Նման մոտեցումը սահմանափակում է առանց բժշկական ցուցման ՆԳԱ հետազոտությունների քանակը, միաժամանակ հնարավորություն թողնելով սահմանված չափորոշիչներին բավարարող առանձին ընտանիքների հասնելու իրենց բաղձալի երազանքին:
79. Անպտղության պարագայում ցուցված ԱՄԲ ընթացքում կիրառվող նախաիմպլանտացիոն գենետիկ հետազոտություններն ավելի ու ավելի սովորական ու տարածված են դառնում, ինչը հայտնի է դարձնում սաղմի սեռը երեխայի ձևավորման առաջին օրերից և գնալով հեշտացնում է առանց բժշկական ցուցման սեռի ընտրությունը: Հետազոտողները պնդում են, որ այս նոր երևույթի հետևանքները լուրջ հետազոտության կարիք ունեն: Ավելին, հղիության վաղ շրջանում պտղի սեռը մեծ ճշտությամբ որոշելու հնարավորություն ընձեռող նախաձեռնողյան ոչինվազիվ հետազոտության (Noninvasive Prenatal Testing - NIPT) հետագա զարգացմանը և տարածմանը զուգահեռ ավելի ու ավելի է կարևորվում տարբեր երկրներում նորածինների սեռերի համամասնության վրա դրա ազդեցության մոնիտորինգը, թելադրում է Իսրայելի փորձը:

### **Բժշկական էթիկա, աշխարհահայացք, բարոյականություն**

80. Երեխայի սեռի ընտրությունը **հազարամյակների պատմություն** ունի՝ այս կամ այն կերպ, երբեմն հաջողությամբ, հիմնականում անհաջող կատարվել է մի շարք ձևերով: Հին հույները հավատում էին, թե ձախ ամորձին կապելու դեպքում տղամարդը տղա կունենա, քանի որ ապագա երեխայի արական սեռը

<sup>70</sup> Simonstein F, Mashiach-Eizenberg M, Revel A, Younis JS: Assisted reproduction policies in Israel: a retrospective analysis of ԻՑՖ-embryo transfer. Fertil Steril 2014, 102(5):1301–1306:

<sup>71</sup> Grazi RV, Wolowelsky JB: Addressing the idiosyncratic needs of Orthodox Jewish couples requesting sex selection by preimplantation genetic diagnosis. J Assist Reprod Genet 2006, 23:421–425:

<sup>72</sup> Pessach N, Glasser S, Soskolne V, Barash A, Lerner-Geva L: The Israeli National Committee for sex selection by pre-implantation genetic diagnosis: a novel approach (2005–2011). Isr J Health Policy Res 2014, 3:33:

պայմանավորող սերմը աջ ամորձին է ապահովում: Հրեական ավանդույթը ասում է, թե «Եթե կինն իր սերմն արձակում է տղամարդուց առաջ, ապա տղա կծնվի, եթե հակառակը՝ աղջիկ»:<sup>73</sup> Առաջարկվել են նաև սեռական հարաբերության ընթացքում դիրքին ու ժամանակին կամ հատուկ սննդակարգին վերաբերվող տարատեսակ այլ մեթոդներ:<sup>74</sup> Այսպես, ոմանք հավատում են, թե ոչ խորը թափանցման և առերես սեռական հարաբերության արդյունքում ավելի մեծ հավանականությամբ աղջիկ կծնվի: Մյուսները հավատացած են, թե կալիումական և նատրիումական տարրերի հարուստ պարունակությամբ սնունդը, ինչպես օրինակ բանանը, բալը, տանձը, նարինջը, խաղողը, ձմերուկը, ոլոռն ու ընդեղենը, կաղամբը, նեխուրը, լոլիկը կամ քաղցր եգիպտացորենը մեծացնում են տղա ունենալու հավանականությունը:

81. Սակայն այն հանգամանքը, որ պատմականորեն երեխայի սեռի նախապատվությունն ու ընտրությունը էթիկայի առումով արդարացվել են և ընդունելի են եղել, ինքնաբերաբար չի ենթադրում, թե էթիկապես թույլատրելի են սեռի ընտրության բոլոր ձևերն ու միջոցները: Ասվածի լավագույն օրինակը մանկասպանությունն է (infanticide): Ծնողները կարող են օգտագործել այս միջոցը իրենց ցանկացած սեռի երեխաներ ունենալու նպատակով, սակայն էթիկայի առումով այն անընդունելի է: Երեխայի սեռի հետիմպլանտացիոն որոշման մեթոդները, որոնց հաջորդում է հղիության 8-ից 20-շանաթական ժամկետում ընդհատումը, մնում են երեխայի սեռի ընտրության ամենատարածված մեթոդն աշխարհում:<sup>75</sup> Աղքատ հասարակություններում երեխայի սեռի ընտրության մեթոդներն անընդունելի են, բացահայտորեն ոչ էթիկական և հիմնականում՝ օրենսդրորեն արգելված, մինչդեռ, սեռի ընտրության ավելի թանկարժեք և «անարյուն» մեթոդները աշխարհի շատ երկրներում արգելված չեն, իսկ դրանց կիրառման էթիկայի շուրջ բանավեճը շարունակվում է:
82. Միաժամանակ, զարգացման ներկա փուլում խնդիր է դրվում գնահատելու **վերարտադրողական նոր տեխնոլոգիաների** համապատասխանությունը էթիկային՝ յուրաքանչյուր դեպքի համար առանձին: 1978 թվականին Լուիզ Բրաունի ծնվելուց հետո վերարտադրողական էնդոկրինոլոգիայի և անպտղության՝ ՎԷԱ (reproductive endocrinology and infertility - REI) յուրաքանչյուր տեխնիկական նոր ձեռքբերում բուռն բանավեճ է բորբոքել: Վերջին տարիներին նման տեխնոլոգիաներն ավելի ու ավելի մեծ տարածում են գտնում, զարգանում են ավելի արագ տեմպերով և դառնում ավելի մատչելի: Վերարտադրողական բժշկության զարգացումը պացիենտներին ավելի ու ավելի շատ և հուսալի տեղեկություններ է առաջարկում իրենց ապագա զավակի հատկությունների վերաբերյալ:<sup>76</sup>
83. Սեռի ընտրության նպատակով կիրառվող առավել տարածված տեխնոլոգիաների՝ սպերմայի տեսակավորման և ՆԳԱ-ի միջոցով առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության մեթոդների<sup>77</sup> վերաբերյալ քննարկումը ծավալվում է, ըստ էության, գրեթե նույն փաստարկների շուրջ, որոնք բարձրացվել են դեռ 1978թ.:
84. **ՆԳԱ-ն** (հեղբերդմնավորման մեթոդ) ի սկզբանե մշակվել է այն պացիենտների համար, ում դեպքում բարձր է գենետիկական լուրջ խանգարումներով տառապող երեխա ունենալու հավանականությունը:<sup>78</sup> Հենց այդ նպատակով էլ ՆԳԱ-ն տարիներ շարունակ կիրառվել է՝ հնարավորություն տալով ախտորոշել և կանխել երեխաների սեռով պայմանավորված հիվանդություններն ու օգնել ծնողներին խուսափելու X-քրոմոսոմով պայմանավորված ժառանգական մի շարք ծանր հիվանդություններով, այդ թվում՝ Դյուշենի մկանային դիստրոֆիայով, հեմոֆիլիայով, գունային կուրությամբ տառապող երեխաներ ունենալուց:<sup>79</sup> Այս հիվանդությունները, որոնցով տառապում են գերազանցապես տղաները, պայմանավորված են X-քրոմոսոմի վրա տեղակայված խաթարված գեներով: Անգամ առողջ Y-քրոմոսոմը բավարար չէ հակակշռելու խաթարված X-քրոմոսոմը և հիվանդությունը տղա երեխայի պարագայում արտահայտվում է:

<sup>73</sup> Shushan A, Schenker J. Prenatal sex determination and selection. Hum Reprod 1993;8:1545-9:

<sup>74</sup> Carson SA. Sex selection: the ultimate in family planning. Fertil Steril 1988;50:16-19:

<sup>75</sup> Davis DS. Genetic dilemmas: reproductive technology, parental choices, and children's futures. New York: Routledge; 2001, p. 98:

Kolata G. Fertility ethics authority approves sex selection. The New York Times, September 28, 2001. p. A16:

<sup>76</sup> Ginsburg ES, Baker VL, Racowsky C, Wantman E, Goldfarb J, Stern JE. Use of preimplantation genetic diagnosis and preimplantation genetic screening in the United States: a Society for Assisted Reproductive Technology Writing Group paper. Fertil Steril 2011;96:865-8:

<sup>77</sup> Fugger EF. Clinical experience with flow cytometric separation of human X and Y-chromosome bearing sperm. Theriogenology 1999;52:1435-40:

Fugger EF, Black SH, Keyvanfar K, et al. Births of normal daughters after Microsort sperm separation and intrauterine insemination, in-vitro fertilization, or intracytoplasmic sperm injection. Hum Reprod 1998;13:2367-70:

Robertson JA. Preconception gender selection. Am J Bioeth 2001;1:2-9:

<sup>78</sup> Malpani A, Malpani A, Modi D. Preimplantation sex selection for family balancing in India. Hum Reprod 2002;17:11-12:

<sup>79</sup> Dickens BM. Can sex selection be ethically tolerated? J Med Ethics 2002;28:335-6:

Այսպես, հեմոֆիլիա կրող կանանցից ծնված տղա երեխաների 50%-ը ժառանգում են հիվանդությունը: Աղջիկների պարագայում երկրորդ X-քրոմոսոմի շնորհիվ հիվանդությունը կարող է չարտահայտվել, թեպետ աղջիկը շարունակում է մնալ խաթարված գենի/քրոմոսոմի կրողը:<sup>80</sup> Համոզվելու համար, որ զավակը նման հիվանդություն չի ժառանգելու, հեմոֆիլիան փոխանցելու ռիսկի ենթակա որոշ կանայք նախընտրում են հրաժարվել արական սեռի սաղմերի իմպլանտացիայից՝ արտամարմնային բեղմնավորումից հետո: Միաժամանակ, ՆԳԱ-ն ապագա մայրերին հնարավորություն է ընձեռում խուսափելու հետագայում գենետիկ ժառանգականությամբ պայմանավորված հիվանդությունների հակվածություն ունեցող մեկ և ավելի պտուղների աբորտներից, և կանխում է նման ժառանգական հակվածություն կրող երեխայի տառապանքն ու սեռով պայմանավորված շեղումներից հիվանդացությունը, վաղաժամ մահն ու ցավերը:<sup>81</sup>

85. ԱՄՆ-ում այս տեխնոլոգիան չի մտնում ապահովագրական փաթեթների մեջ և կարող է արժենալ 14,000-26,000 ԱՄՆ դոլար:<sup>82</sup> Կնոջ համար ՆԳԱ-ի հետ կապված ռիսկերը պայմանավորված են ձվաբջիջները հավաքելու և սաղմը տեղադրելու ինվազիվ գործողություններով
86. Բժշկական ցուցումով ՆԳԱ-ի կիրառումը համահունչ է էթիկական վարքագծին ուստիլտարիստական մոտեցմանը, որը պնդում է, թե էթիկական են այն արարքները, որոնք ստեղծում են «առավել շատ բարիք՝ ավելի մեծ թվով անձանց համար»:<sup>83</sup> Ուստիլտարիստական մոտեցման արմատները խարսխված են այն գաղափարին, որ էթիկայի առումով արարքները հարկ է դատել դրանց հետևանքների, այլ ոչ մտադրությունների հիմքով: Մոտեցումը հիմնված է ոչ թե դրան դրդող շահի այլ ողջ մարդկության շահի վրա:
87. Երեխայի սեռն ընտրելու գործընթացն այս մեթոդի կիրառությամբ ընդհանուր գծերով հետևյալն է.
- կինը դեղամիջոց է ընդունում՝ գոնադոտրոպին, որը գերօվուլյացիա է առաջացնում՝ կնոջ օրգանիզմում հասունանում են միաժամանակ մեկից ավելի ձվաբջիջներ.
  - ձվաբջիջների հասունացումից հետո (ինչը որոշվում է ուլտրաձայնային հետազոտությամբ), ձվաբջիջները հավաքվում են բժշկական միջամտությամբ.
  - ձվաբջիջները բեղմնավորվում են արտամարմնային բեղմնավորման լաբորատոր պայմաններում.
  - բեղմնավորմանը հաջորդած երրորդ օրը (երբ առողջ սամղերը՝ էմբրիոնները տրոհվում են, ձևավորելով ութ բջիջ ունեցող սաղմեր), էմբրիոնները ենթարկվում են կենսազննման (բիոպսիա)՝ որոշելու համար դրանց սեռը, ինչպես նաև գենետիկական խանգարումների առկայությունը.
  - ցանկալի սեռի առողջ էմբրիոնները փոխադրվում են կնոջ արգանդ.
  - մնացյալ էմբրիոնները սովորաբար ոչնչացվում են:
88. ՆԳԱ-ն կարող է լինել **գրեթե 100%-ով արդյունավետ**, քանի որ սաղմը տեղադրվում է միայն **սեռը որոշելուց հետո**:<sup>84</sup> Սա է պատճառը, որ շատերի համար սեռի ընտրության այս մեթոդը խիստ գրավիչ է: Ընդ որում, թեպետ ՆԳԱ-ն կիրառվում է տասնամյակից ավելի, սակայն սեռի ընտրության նպատակով դրա կիրառությունը համեմատաբար նոր երևույթ է:
89. Թերևս վիճելի է, թե որքանով է կիրառելի ուստիլտարիստական մոտեցումը առանց բժշկական ցուցման ՆԳԱ-ն արդարացնելու պարագայում. չէ՞ որ այն կատարվում է ավելի մեծ թվով ծնողների, մայրերի ու հայրերի երջանկացնելու և բավարարելու նպատակով: Ի վերջո, նման փաստարկը հակասում է ուստիլտարիստական մոտեցման սկզբունքին, քանի որ ՆԳԱ-ն բավարարում է անձնական շահերը՝ ի հաշիվ հասարակության ու մարդկության երկարաժամկետ շահերի, հատկապես՝ ժողովրդագրական անհամամասնությունների, խտրականության և բնական ընտրության հարցերում դրա հետևանքների առումով: Այս տեսակետից, թերևս կարելի է համաձայնել, որ բժշկական ցուցումով ՆԳԱ-ն ավելի մեծ թվով մարդկանց համար ցանկալի արդյունք է ապահովում, մինչդեռ առանց բժշկական ցուցման ՆԳԱ-ն տեխնոլոգիան օգտագործում է հասարակությունների և մարդկության համար անցանկալի արդյունքների, ավելի վատ հետևանքների, քան կլինեին այն չկիրառելու պարագայում:

<sup>80</sup> A. Silverman, Genetic Diseases. The Silverman Center for Gender Selection. Feb.-Mar. 2007, <http://www.gender-select.com>:

<sup>81</sup> B Dickens. Can Sex Selection Be Ethically Tolerated? JME Online. 2002. Journal of Medical Ethics. Feb.-Mar. 2007, <http://jme.bmj.com/cgi/>:

<sup>82</sup> Տե՛ս, օրինակ՝ <http://www.advancedfertility.com/pgd-costs.htm>, <http://chooseagender.com/methods-of-gender-selection.aspx>:

<sup>83</sup> C. Kay, Notes on Utilitarianism. 20 Jan. 1997. Apr. 2007, <http://webs.wofford.edu/kaycd/ethics/util.htm>:

<sup>84</sup> McCarthy D (2001) Why sex selection should be legal. Journal of Medical Ethics, 27, 302–307:

90. Երեխայի սեռով պայմանավորված մյուս տեխնոլոգիան (*նախաբեղմնավորման*) **սպերմայի տեսակավորումն** է կամ **հոսքի բջջաչափումը** (flow cytometry), որը հնարավորություն է ընձեռում առանձնացնել X-քրոմոսոմ պարունակող սերմնաբջջիչները Y-քրոմոսոմ պարունակողներից, օգտվելով այն հանգամանքից, որ դրանց կշիռները փոքր-ինչ տարբեր են՝ X- և Y-քրոմոսոմների ԴՆԹ պարունակության տարբերությունը շուրջ 2.8% է:<sup>85</sup> Այսպես, Microsort մեթոդն օգտագործում է սերմնաբջջիչների ԴՆԹ-ին հավելվող ֆլուորեսցենտ գունանյութերը. քանզի X-քրոմոսոմակիր սպերմատազոիդները 2.8%-ով ավելի շատ ԴՆԹ են պարունակում, քան Y-քրոմոսոմակիրները, ապա նրանք ավելի շատ գունանյութ են կլանում, ինչը հնարավորություն է տալիս առանձնացնել քրոմոսոմները, ուստի և՛ սպերմատազոիդները: Մարդու սպերմայի տեսակավորման արդյունքում բեղմնավորված առաջին երեխան (X-քրոմոսոմակիր) ծնվել է 1995 թվականին, X-քրոմոսոմով պայմանավորված հիդրոցեֆալիա հիվանդություն կրող ընտանիքում:<sup>86</sup> Կիրառման առաջին տասը տարիներին ԱՄՆ-ում այս տեխնոլոգիայի կիրառմամբ շուրջ 420 երեխա է ծնվել, այդ թվում՝ X-քրոմոսոմով «հարստացված» սպերմայի պարագայում՝ 91% աղջիկ, իսկ Y-քրոմոսոմով «հարստացված» սպերմայի օգտագործմամբ՝ 76% տղա:<sup>87</sup> ԱՄՆ-ում սպերմայի տեսակավորման դիմած զույգերի շուրջ 90%-ը հայտնել է, որ ծառայությունն անհրաժեշտ է ընտանիքի հավասարակշռման համար, ընդ որում դրանց 80%-ը աղջիկ է ցանկացել:<sup>88</sup>
91. Սպերմայի տեսակավորման յուրաքանչյուր կիրառություն արժե մինչև 2,500 ԱՄՆ դոլար, իսկ Microsort մեթոդի կիրառության դեպքում՝ մինչև 3,400 ԱՄՆ դոլար (այս մեթոդի կիրառությունը սեռի ընտրության նպատակով դեռևս հաստատված չէ ԱՄՆ Սննդի և դեղերի գործակալության՝ FDA կողմից):<sup>89</sup>
92. Սպերմայի տեսակավորումը պահանջում է սպերմայի սառեցում՝ վերարտադրողական ծառայություն մատուցող համապատասխան բուժհաստատությունից՝ լաբորատորիա և հետ տեղափոխելու նպատակով: Սաղմի զարգացման վրա այս տեխնոլոգիայի կիրառման հետևանքները դեռևս հետազոտված չեն. Մասնավորապես, պարզ չէ, թե արդյոք ֆլուորեսցենտ գունաներկի հավելումը ԴՆԹ-ին քրոմոսոմային շեղումների կամ խաթարման ռիսկերի հանգեցնում է, թե ոչ:
93. Էթիկայի հարցերի շուրջ բանավեճն, ըստ էության, բազմաշերտ է. դրանում ներառված է թե՛ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությանը բժշկական աջակցության էթիկայի շերտը, թե՛ այդ ընտրությունն ապահովող միջոցների օգտագործման էթիկայի շերտը, թե՛ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառման էթիկայի շերտը, թե՛ վերը նշված շերտերի տարբեր համակցությունները:
94. Այսպես, առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությանը բժշկական միջամտությամբ պացիենտին աջակցելու օգտին բերվող հիմնական ու առավել հաճախ հնչող փաստարկներ են **պացիենտի ինքնուրույնությունը** և **վերարտադրողական ազատությունը**: Պացիենտը կարող է բազմաթիվ կարևոր պատճառներ ունենալ իր զավակի սեռն ընտրելու ցանկության համար:<sup>90</sup> Օրինակ, աղջիկ կամ տղա խնամելու և դաստիարակելու, կյանքի նման փորձառություն ձեռք բերելու ցանկությունը կարող է անչափ կարևոր լինել պացիենտի համար: Նրանք կարող են ցանկություն ունենալ հավասարակշռելու իրենց ընտանիքը՝ երկու սեռերի երեխա դաստիարակելու փորձառության մղումով:<sup>91</sup> Հավասարակշռման ձգտումը կարող է հատկապես ուժեղ լինել այն զույգերի պարագայում, որոնք արդեն ունեն նույն սեռի մի քանի երեխա և հղիություն չեն ցանկանում ունենալ հետագայում՝ առանց վստահ լինելու, որ հերթական երեխան հակառակ սեռի է ծնվելու: Նման դեպքերում սեռի ընտրությունը դիտարկվում է անձի վերարտադրողական որոշումների կայացման նյութական հարթության մեջ: Այս հարթության մեջ խնդրի ընկալումը բերում է պնդման, թե վերարտադրողական ազատության առումով ի շահ և ի բարօրություն անհատների և ընտանիքի կիրառելի է առկա տեխնոլոգիական ողջ զինանոցը, եթե առանց դրա կիրառման զույգը երեխա

<sup>85</sup> Johnson LA, Welch GR, Keyvanfar K, Dorfmann A, Fugger EF, Schulman JD. Gender preselection in humans? Flow cytometric separation of X and Y spermatozoa for the prevention of X-linked diseases. Hum Reprod 1993;8:1739-73:

<sup>86</sup> Johnson LA, Welch GR. Sex preselection: high-speed flow cytometric sorting of X and Y sperm for maximum efficiency. Theriogenology 1999;52:1323-41:

<sup>87</sup> Microsort® Sperm Separation. Accessed Online June 20, 2005 at <http://www.microsort.net/index.htm>:

<sup>88</sup> Schenker JG. Gender selection: cultural and religious perspectives. J Assist Reprod Genet 2002;19:400-10:

<sup>89</sup> <http://choosegender.com/methods-of-gender-selection.aspx>:

<sup>90</sup> Steinbock B. Sex selection: not obviously wrong. Hastings Cent Rep 2002;32:23-8:

Sharp RR, McGowan ML, Verma JA, Landy DC, McAdoo S, Carson SA, et al. Moral attitudes and beliefs among couples pursuing PGD for sex selection. Reprod Biomed Online 2010;21:838-47:

Macklin R. The ethics of sex selection and family balancing. Semin Reprod Med 2010;28:315-21:

Harris J. No sex selection please, we're British. J Med Ethics 2005;31:286-8:

<sup>91</sup> A. Cline, Gender Selection- Ethical Considerations & New Technologies. Agnosticism/Atheism.2007.Feb.Mar.2007, <http://atheism.about.com>:

ունենալ չի կարող կամ չի ցանկանում: Ստացվում է, որ զույգը կոնկրետ սեռի երեխայի բեղմնավորման խնդրում աջակցություն ստանալու իրավունք ունի, եթե այլ պարագայում չի կարող իրականացնել իր ցանկությունն ու իրավունքը:<sup>92</sup> Ընդ որում, այս մոտեցման ջատագովները պնդում են, որ իշխներին օբյեկտիվ վնաս հասցնելու վերաբերյալ ապացույցների բացակայության պարագայում այս հիմնարար իրավունքը չի կարելի սահմանափակել որևէ կերպ:

95. Երեխայի սեռի վերաբերյալ անձի նախապատվության հարցերին միջամտությունը կարող է համարվել անպտղության բուժման գործնական հարցերի շրջանակներից դուրս գտնվող խնդիր, և յուրաքանչյուր դեպքի անհատական պայմաններից ելնելով կարող է համարվել պացիենտի ինքնուրույնության խախտում և անձնական կյանքին միջամտություն:<sup>93</sup>
96. Ավելին, անհատական դեպքերում երեխայի սեռի նախապատվությունը պարտադիր չէ, որ խտրական վերաբերմունքի կամ մտադրության դրսևորում լինի: Ծնողները կարող են հիմնավոր կերպով համոզված լինել, թե աղջիկ և տղա զավակի դաստիարակության փորձառությունները տարբեր են, իսկ նման համոզմունքն ինքնին չի կարող համարվել խտրականություն ծնող կամ խթանող: Ծնողները կարող են իրենց վերարտադրողական կյանքի տարբեր փուլերում տարբեր պատճառներ ունենալ այս կամ այն սեռի երեխա ունենալու համար: Պատճառներ, որոնք պարտադիր չէ, որ գենդերային կանխակալ կամ խտրական վերաբերմունք արտահայտեն: Հնչում են նաև կարծիքներ, թե սեռերի խախտված համամասնությունը կարող է արժևորել «նվազած» սեռը և բարձրացնել նրա դերն ու կարևորությունը, ինչպես նաև նպաստել բնակչության աճի տեմպերի կրճատմանը, ինչը Արևելյան Ասիայի երկրների պարագայում կարող է դրական համարվել:<sup>94</sup> Նշվում է նաև, որ երեխայի սեռի նախապատվությունը որևէ կերպ անհամատեղելի չէ ծնողական սիրո եզրի հետ: Կա կարծիք, որ սեռի ընտրությունը թույլատրելի համարժեք է **նախաստեղծ ինքնուրույնության** (procreative autonomy) պաշտպանելուն, ինչն արժեք է ազատական հասարակության համար:<sup>95</sup>
97. Միջոցների ընտրության առումով, նշվում է, որ *նախաբեղմնավորման* (սպերմայի տեսակավորում) և *նախահմայվանդացիոն* (ՆԳԱ) մեթոդները կարող են օգտակար լինել նաև սեռով պայմանավորված աբորտներից խուսափելու գործում: Այն պացիենտները, որոնք ցանկանում են խուսափել *աբորտից*՝ բժշկական կամ էթիկայի պատճառներով, սակայն ցանկանում են ընտրել իրենց երեխայի սեռը կարող են դիմել այս մեթոդներին:
98. Ավստրալիացի-բրիտանացի կենսաէթիկայի մասնագետը **ծնողի ընտրության** իրավունքը համարում է գերակա, որը «չպետք է դրվի սոցիալական անհավասարությունը վերականգնելու զոհասեղանին»: Պետության կողմից ծնողի ընտրության թելադրանքը նրա կարծիքով բռնապետական է: Թեպետ մասնագետը համաձայնում է, որ ի տարբերություն Արևմուտքի Արևելքում երեխայի սեռի ընտրությունը վնասակար է կանանց համար, սակայն կասկած է հայտնում, թե այն պետք է արգելվի անգամ Արևելքում, քանի որ նորածինների սեռերի անհամամասնությունը կարող է այնքան էլ «վատ բան» չլինել, ինչպես երևում է առաջին հայացքից, իսկ տղա երեխաների նախապատվությամբ սեռի ընտրությունը կանանց նվազ արժևորման վերաբերյալ պատկերացումների ոչ թե պատճառ է այլ հետևանք:<sup>96</sup> Ավստրալիական իրողությունները վերլուծելով, Սավուլեսկուն, ըստ էության, կշեռքի նժարներին է դնում սահմանափակումների հնարավոր վտանգներն ու օգուտները, և եզրակացնում՝ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը հոգեբանական վնասի նշանակալի ռիսկեր չի ստեղծում ո՛չ ծնողների, ո՛չ երեխայի համար: Նա ենթադրում է, թե բոլոր ծնողներն անխտիր պիտի որ սիրեն և ընդունեն ցանկացած երեխայի՝ ինչպիսին էլ նա լինի, և գտնում է, թե պետության գործը չէ որոշել, թե ծնողները ճիշտ որոշում են կայացնում, թե ոչ: Վերլուծաբանը պնդում է, որ երեխայի սեռն ընտրելու հնարավորությունը հավասարազոր է երեխայի դաստիարակության միջավայրի ընտրությանը: Երեխայի միջավայրը հիմնականում հսկելով, ծնողներն իշխանություն ունեն մեծապես ազդել երեխայի զարգացման վրա: Սեռի ընտրությունը ծնողներին

<sup>92</sup> Robertson JA. Preconception gender selection. Am J Bioeth. 2001;1(1):2-9:

<sup>93</sup> Kalfoglou AL, Kammersell M, Philpott S, Dahl E. Ethical arguments for and against sperm sorting for non-medical sex selection: a review. Reprod Biomed Online 2013;26:231-9:

<sup>94</sup> Liu P, Rose GA. Sex Selection: The right way forward. Hum Reprod 1996;11:2343-45:

Sureau G. Gender selection: a crime against humanity or the exercise of a fundamental right? Hum Reprod 1999;14:867-8:

<sup>95</sup> Savelescu J. Sex selection: the case for. Med J Aust 1999;171:373-75:

Harris J. 'Goodbye Dolly?' the ethics of human cloning. J Med Ethics 1997;23:353-60:

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Preconception gender selection for nonmedical reasons. Fertil Steril 2001;75:861-4:

<sup>96</sup> Savulescu J (1999) Sex selection: the case for. Medical Journal of Australasia, 171, 373-375:



առաջարկում է համանման նշանակալի ազդեցություն զարգացման վրա, և այն հարկ է համարել որպես ծնողական հսկողության բնական շարունակություն: Իհարկե, գենետիկ գործոնները, այդ թվում՝ սեռը պայմանավորող քրոմոսոմները, ծնողը կամ երեխան չեն կարող փոխել բեղմնավորումից հետո, այնպես, ինչպես կարող են ազդել միջավայրային գործոնների վրա: Այս առումով, ծնողներին ցանկացած գենետիկ ընտրության ընձեռած իշխանությունն էականորեն տարբեր է միջավայրի վրա հսկողությունից, ինչը անհնար է հաշվի չառնել: Սավուլեսկուն սեռի ընտրությունը համեմատում է գենետիկորեն պայմանավորված հիվանդության պարագայում ընտրության հետ: Նա կարծում է, որ բժշկական տեխնոլոգիաները երկու դեպքում էլ կիրառվում են նույն նպատակով. այնպես, ինչպես ծնողները որոշում են ընդունել կամ չընդունել, ունենալ կամ չունենալ գենետիկ հիվանդություն ունեցող երեխային, նույն կերպ նրանք պիտի իրավունք ունենան որոշելու, թե արդյոք պատրաստ են ունենալ կամ չունենալ տվյալ սեռի երեխա: Այդուհանդերձ, ակնհայտ է, որ գենետիկ հիվանդությունը այս կամ այն կերպ միանշանակորեն հանգեցնում է թերության, մինչդեռ սեռը՝ ոչ: Երեխայի սեռը ընտրող ծնողները համոզված են, որ տղայի և աղջկա ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական զարգացման միջև նշանակալի տարբերություններ կան: Նրանք ամենից առավել արժևորում են տվյալ սեռի հետ կապված հատկությունները, ոչ թե սեռն ինքը և հետևաբար նրանց որոշումը սեքսիստական չէ, պնդում է Սավուլեսկուն:

99. Կենսաէթիկայի մեկ այլ ամերիկացի մասնագետ սեռով պայմանավորված աբորտի արգելումը և սեռի նախաձննդյան որոշումը սահմանափակելը համարում է կանանց ինքնուրույնության լրջագույն սահմանափակում:<sup>97</sup> Ավելի արդյունավետ է պայքարել պատճառների դեմ, ոչ թե դրանց առկայության պարագայում անցանկալի դրսևորումների, պնդում է նա:

100. Սեռի ընտրության և սեռով պայմանավորված աբորտների վերաբերյալ էթիկական բանավեճի շարունակությունը տեղափոխվում է նոր հարթակ. անգամ այն պարագայում, երբ էթիկայի առումով այս երևույթները ճանաչվում են անընդունելի, հարց է, թե արդյո՞ք էթիկայի առումով ընդունելի են հիմնախնդրի իրավական կարգավորման միջոցներն ու անձնական կյանքին ու իրավունքներին հասարակության ու պետության կոշտ միջամտությունը: Արևմտյան մի շարք երկրներում, մասնավորապես Միացյալ Թագավորությունում այս հարցը բարձրացնող ձայները ավելի ու ավելի հնչել են դառնում՝ կասկածի տակ առնելով թե՛ էթիկայի առումով սեռի ընտրության անընդունելիությունը, թե՛ սեռի ընտրության պրակտիկան սահմանափակելու հարցում պետության իրավասությունը: «Ստեղծարար ինքնուրույնությունը» (productive autonomy) կամ «նախաստեղծ ազատությունը» (procreative liberty) հաճախ են հնչում որպես իրենց երեխաների սեռն ընտրելու գործում ծնողների իրավունքը հիմնավորող և իրավական սահմանափակումներին հակադրվող փաստարկներ:<sup>98</sup>

101. Դեյվիդ Մաքքարտին առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունն արդարացնում է քաղաքական առումով՝ շեշտելով ծնողական ինքնուրույնության հանդեպ հարգանքի բարոյական հիմնարար կարևորությունը: Նրա փաստարկները հիմնվում են ժամանակակից ազատական հասարակության սահմանադրական անկյունաքարի վրա, այն ընկալման՝ թե բոլոր մարդիկ ազատ են և հավասար, և որ յուրաքանչյուր անձի հիմնարար ազատությունները հարկավոր է հարգել: Այս ընկալման տեսակետից, անձի ազատությունները թույլատրելի է սահմանափակել միայն այն դեպքում, երբ դրանք խախտում են այլ անձանց ազատությունները, կամ եթե այդ ազատությունների իրականացումը էական վնաս կարող է պատճառել: Մաքքարտին կարծում է, որ սեռի ընտրությունը չի սահմանափակում այլոց ազատությունները, և էական վնաս չի պատճառում, ինչպես պնդում է Մաքքարտին, ապա պիտի ճանաչվի որպես անձի վերարտադրողական ազատության օրինական իրականացում: Նրա պնդմամբ սահմանափակումներն արդարացնող պահպանողական մոտեցումները ուղղված են արձագանքելու այն ուժերի առարկություններին, որոնք հակված են սահմանափակելու այլ անձանց վերարտադրողական իրավունքները, մասնավորապես՝ երեխայի սեռի ընտրությունը, ինչը էթիկայի առումով անընդունելի է: Վերլուծաբանը նշում է, որ վերարտադրողական ազատության իրավունքը նման փորձությունների միջով անցել է նախկինում՝ խնդիրներում, որոնց էթիկայի շուրջ լուրջ հակասություններ են եղել, օրինակ՝ աբորտի օրինականացման և հակաբեղմնավորիչների հարցերում: Նա համարում է, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը պիտի օրինական լինի և ճանաչվի որպես անձի վերարտադրողական ազատության իրականացման օրինական միջոց: Նշենք, որ նման մոտեցումը գերազանցապես կախված է այն ենթադրությունից, թե առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության պատճառած վնասները չնչին են, ինչն այս հիմնավորումն էականորեն թուլացնում է:

<sup>97</sup> Zilberberg J. Sex selection and restricting abortion and sex determination. *Bioethics* 2007;21:517–19:

<sup>98</sup> McMarthy D. Why sex selection should be legal. *J Med Ethics* 2001;27:302–7:

Robertson J. Preconception Gender Selection. *Am J Bioethics* 2001;1:1–9:

102. Էթիկայի մասնագետների մեծամասնությունը ստեղծարար ազատությունների և անհատական իրավունքների հարցերին հղվող նման փաստարկները հաճախ պարզապես տարածում են այնպիսի երկրների վրա, ինչպես Չինաստան, Հնդկաստանը, Հայաստանը: Միաժամանակ, սեռի ընտրության թույլատրելիության վերաբերյալ ազատական հայացքների փոխադրումը ոչ արևմտյան այնպիսի հասարակությունների վրա, ինչպիսին Չինաստանն է մեծ քննադատության առարկա է դարձել՝ մշակութային տարբերությունների և առանձնահատկությունների հանդեպ կուրության դրսևորման փաստարկների հիման վրա:<sup>99</sup>
103. Արևմտյան բազմաթիվ գիտնականներ հարկադրված ընդունում են այս խնդրի շուրջ էթիկական երկակի չափանիշների անխուսափելիությունը: Այսպես, եթե շատերի, այդ թվում՝ ֆեմինիստական գաղափարախոսությունը ներկայացնող մի շարք մասնագետների համար երեխայի սեռի ընտրությունը ինչ-որ տեղ ընկալելի և ընդունելի է Արևմուտքում կամ այն երկրներում, ուր նման պրակտիկայի բացասական ազդեցությունը կանանց վրա աննշան է, ապա այն երկրներում, ուր սեռի ընտրությունը հանգեցնում է նորածինների սեռի նշանակալի անհամամասնության, երևույթը մերժելի է և անընդունելի: Ամերիկացի փիլիսոփա Մերի Էնն Ուորենը խտրական մոտեցմամբ առաջարկում է տարբերակել սեռի ընտրության ընդունելիությունը ֆեմինիստական տեսանկյունից. ո՞ր հետևանքն է ավելի վտանգավոր տվյալ հասարակության մեջ «վերարտադրողական կամ քաղաքացիական այլ ազատությունների խաթարումը», թե՞ «կանանց ու աղջիկների հարաբերական թվաքանակի նվազումը», հարցնում է գիտնականը: Նա եզրակացնում է, որ «այնտեղ, ուր տղա երեխայի նախապատվությունը աղետալի չէ, իսկ կանայք անձնական և տնտեսական զգալի անկախություն են վայելում, առաջին վտանգը, թերևս, ավելի մեծ է», քանի որ «վերարտադրողական ազատությունների համար սահմանափակումների վտանգներն ավելի նկատելի են և իրական, իսկ նորածինների սեռերի անհամամասնությունը փոքր է, դրանց հետևանքները՝ անորոշ ու, թերևս, աննշան»:<sup>100</sup> Ուստի, Ուորենը պնդում է, որ սեռով պայմանավորված աբորտների քրեականացման դեմ փաստարկները չպետք է տարածել այնպիսի երկրների վրա, ինչպիսին Չինաստանն է, ուր սեռերի անհամամասնությունը շատ հստակ է ու ահագնացող: Կանադացի, եգիպտացի և չին մի շարք գիտնականներ նույնպիսի դիրքորոշում ունեն արդարադատության էթիկական և իրավական սկզբունքների հանդեպ, պնդելով, որ միայն նույնական դեպքերն են, որ պահանջում են նույնական մոտեցում:<sup>101</sup> Նրանց համար սեռով պայմանավորված աբորտները, որոնք ընդունելի են Կանադայի պես երկրներում, անընդունելի են Հնդկաստանի ու Չինաստանի պես երկրներում, ուր կանանց հանդեպ խտրականությունը խիստ տարածված է ու զգալի:
104. Միջազգային համատեքստը քննարկելով, ամերիկացի ժողովրդագիր Դանիել Գուդկինը կարևոր հարցադրումներ է անում սեռի ընտրության իրավական սահմանափակման վերաբերյալ:<sup>102</sup> Նախ, սեռով պայմանավորված աբորտների կրճատման, և դրա մշակութային արմատներից մեկի՝ տղա երեխայի նախապատվության նվազեցման վրա օրենսդրության ազդեցությունը մնում է չզնահատված, նշում է գիտնականը: Երկրորդ, ներկայում ամրագրված սահմանափակումները հարց են ծնում. Արդյո՞ք սեռով պայմանավորված աբորտները բարոյապես անընդունելի են բոլոր դեպքերում, թե՞ բացառապես տղա երեխա ունենալու ձգտումով պայմանավորված աբորտները: Երրորդ, անգամ եթե սեռով պայմանավորված աբորտի արգելումն արդյունավետ համարենք, ապա առաջ է գալիս անցանկալի սեռի երեխայի դաստիարակության ընթացքում մարդկային տառապանքի խնդիրը. ի վերջո, ընտանիքում նախաձննդյան խտրականությունը կարող է փոխակերպվել հետձննդյան խտրականության դրսևորումների: Չորրորդ, քաղաքական և բարոյական առումով, սեռով պայմանավորված աբորտների սահմանափակումն պետության և իշխանության կողմից որոշակիորեն սահմանափակում է անհատների, հատկապես՝ կանանց վերարտադրողական իրավունքները, ինչի արդյունքում կարող է զգալիորեն սահմանափակվել աբորտի մատչելիությունն ու խաթարվել ծառայությունները: Հինգերորդ, դեռևս չկա ծանրակշիռ ապացույց այն բանի, որ սեռերի ապագա անհամամասնություններն էականորեն կվատթաբացնեն կանանց ընդհանուր բարեկեցությունը:
105. Էթիկայի խնդիրների շուրջ բանավեճն ավելի է բարդանում, երբ խնդիրը քննարկվում է էթիկայի *ունիվերսալիստական* և *հակառեյալիստական* (սակայն ոչ *աբսոլյուտիստական*) տեսակետից՝ առողջապահության և բժշկության ոլորտում մարդու հիմնարար իրավունքները մշակութային նորմերի և

<sup>99</sup> Wendy R, Ballantyne A, Draper H. Is sex-selective abortion morally justified and should it be prohibited?. Bioethics 2007;21:520–24:

<sup>100</sup> Warren MA. Sex selection: individual choice or cultural coercion?. In: Kuhse H, Singer P (eds). Bioethics: An Anthology. Oxford: Blackwell, 1999,142:

<sup>101</sup> Dickens BM, Serour GI, Cook RJ et al. Sex selection: treating different case differently. Int J Gynecol Obstet 2005;90:171–77:

<sup>102</sup> Goodkind D. Should prenatal sex selection be restricted? Ethical questions and their implications for research and policy. Popul Stud 1999;53:49–61:

վարվելակերպի առեղծվածի բազմազանության համատեքստում:<sup>103</sup> Այսպես, Ռուբ ՄաքԼինը պնդում է, թե վերարտադրողական իրավունքների և կանանց իրավունքների «լեզուն» ունիվերսալ է. այն նույնքան կիրառելի է ոչարևմտյան հասարակություններում, այդ թվում՝ Հնդկաստանում և Չինաստանում: Այս առումով հարց է առաջանում՝ որքանով է հնդիկ և չինացի կանանց վերարտադրողական ընտրության սահմանափակումը էթիկապես արդարացված սկզբունքորեն: Նախաձննդյան հետազոտությունների և սեռով պայմանավորված աբորտների հարցերում կանանց ինքնուրույնության սահմանափակումը էթիկապես սխալ է, պնդում են մասնագետները: Թեպետ մեծամասնության համար, հասարակության համար վերարտադրողական ազատությունների նման սահմանափակումը կարող է արդարացվել էթիկայի՝ օգտակարության սկզբունքի տեսանկյունից, սակայն, անհասկանալի է, թե ինչպես են ընտրության հետագա սահմանափակումները օգտակար լինելու կյանքում արդեն իսկ սահմանափակ ընտրությունների առջև կանգնած կանանց:

106. Ընդհանուր առմամբ, առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության հնարավորությունը պաշտպանողների փաստարկների հիմքը, այսպես կոչված պրինցիպալիզմն է: **Պրինցիպալիզմը**, Բյուշմանի և Չայլդրեսի կողմից ձևակերպված Կենսաբժշկության էթիկայի սկզբունքները,<sup>104</sup> կարելի է բնորոշել որպես բարոյական պրակտիկ հիմնավորման համակարգված մոտեցում, որն առաջարկում է չորս հիմնական՝ ինքնուրույնության, օգտակարության, ոչվնասակարության և արդարության սկզբունքների հանդեպ հարգանքի հավասարակշռում: Սեռի ընտրության հնարավորության կողմնակիցները խրախուսում են կենսատեխնոլոգիաների այնպիսի կիրառումը, որի մեծացումն է անձի ինքնուրույնությունը և դեմ են անհատական ազատությունների ցանկացած սահմանափակմանը: Նրանք պնդում են, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը պիտի օրինական լինի, քանի որ դրա օգտագործման հնարավորությունը նախատեղծ/ստեղծագործ ինքնուրույնության հանդեպ հարգանքի աղբյուր է, և ընտրության արգելումը ինքնուրույնության անհիմն սահմանափակում է:
107. Առնվազն նույնքան հնչեղ և համոզիչ են բժշկական տեխնոլոգիաները սեռի ընտրությանը ծառայեցնելու **ընդդիմախոսների փաստարկները**: Սեռի ընտրության ընդդիմախոսները պնդում են, որ այն վնաս պատճառելու էական վտանգներ է կրում: Ներկայում օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ երեխայի սեռի ընտրությունը այս կամ այն կերպ արգելված կամ սահմանափակված է 36 երկրում, այդ թվում՝ Հայաստանում և Եվրոպական 25 երկրում: Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունն արգելված է նաև Կանադայում:
108. Մարդու վերարտադրողականության և սաղմնաբանության եվրոպական ընկերակցության (European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE) էթիկայի և իրավունքի հանձնախումբը սահմանում է. «սաղմին պետք է վերաբերվել հարգանքով՝ որպես մարդու կյանքի ապագայի խորհրդանիշ»:<sup>105</sup> Ընկերակցությունը վերջերս վերսկսեց սոցիալական սեռի ընտրության վերաբերյալ բանավեճը<sup>106</sup>, շարադրելով առկա սահմանափակումների վերաբերյալ տարամեկնաբանություններն ու հակասական կարծիքները, ինչը կարող է հիմք ծառայել վերը նշված երկրներում օրենսդրության վերանայման համար:
109. Եվրոպական ընտանիքում խնդրի օրենսդրական կարգավորումը էականորեն տարբերվում է երկրից երկիր, ինչը դժվարացնում է արդյունավետ կիրարկումը՝ մարդկանց ազատ տեղաշարժի հնարավորությունը հաշվի առնելով:<sup>107</sup> Առանձին դեպքերում երկրների օրենսդրությունը խիստ ազատական է, այսպես, Շվեդիան օրինականացրել է աբորտը բոլոր պատճառներով մինչև հղիության 18-շաբաթական ժամկետը, այդ թվում՝ եթե պահանջի հիմքը պտղի սեռն է:<sup>108</sup> Արդյունքում, եվրոպական այն ընտանիքները, որոնք այդուհանդերձ որոշում են դիմել սեռով պայմանավորված աբորտի կամ երեխայի սեռի ընտրության նպատակով վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման օգնությանը երբեմն դիմում են առանձին բուժիաստատություններ կամ ուղևորվում են այլ երկիր:

<sup>103</sup> Macklin R. Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine. New York: Oxford University Press, 1999,126:

<sup>104</sup> Beauchamp TL, Childress JF (1994) Principles of Biomedical Ethics, 4th ed. Oxford and New York: Oxford University Press:

<sup>105</sup> Shenfield F, Pennings G, Sureau C, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B, European Society of Human R, Embryology Task Force on E, Law: I. The moral status of the pre-implantation embryo. Hum Reprod 2001, 16:1046–1048:

<sup>106</sup> Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P, Diedrich K: ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex selection for non medical reasons. Hum Reprod 2013, 28:1448–1454:

<sup>107</sup> Soini S. Preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Europe: diversity of legislation a challenge to the community and its citizens. Med Law 2007; 26:309–23:

Aghajanova L, Valdes CT. Sex selection for nonhealth-related reasons. Virtual Mentor 2012;14:105–11:

<sup>108</sup> Sweden Rules 'Gender-Based' Abortion Legal, The Local (May 9, 2012), <http://www.thelocal.se/19392/20090512>:

110. Նոր Զելանդիայի Կենսաէթիկայի խորհուրդը (New Zealand Bioethics Council) 2008թ. «Ո՛վ է ծնվում» զեկույցում (ներկայում չի գործում) պնդում է, թե նման գործունեությունը թույլատրելի է:<sup>109</sup>
111. Միացյալ Թագավորությունում սեռի ընտրության տեխնոլոգիաները օրենսդրորեն սահմանափակված են, ինչն ամրագրված է Մարդու ֆերտիլիզացման և սաղմնաբանության մասին 2008թ. օրենքով (Human Fertilisation and Embryology Act): Սույն օրենքը և Մարդու ֆերտիլիզացման և սաղմնաբանության մարմինը (Human Fertilisation and Embryology Authority / HFEA) կարգավորում են սեռի ընտրության կլինիկական ողջ գործունեությունը:<sup>110</sup> Մեծ Բրիտանիայում ներկայում օրինական է բացառապես բժշկական ցուցումով իրականացվող երեխայի սեռի ընտրությունը: Մարդու ֆերտիլիզացման և սաղմնաբանության մարմնի Գործելակերպի կանոնները (Code of Practice) մանրամասնում են խնդրին վերաբերվող հարցերը:<sup>111</sup> Այսպես, օրենքը բուժհաստատությանն արգելում է սոցիալական պատճառներով. (ա) ընտրել այս կամ այն սեռի սաղմը. (բ) սպերմայի նմուշներն առանձնացնել կամ օգտագործել սպերմայի առանձնացված նմուշները սեռի ընտրության նպատակով. (գ) մասնակցել որևէ այլ գործունեության, որը ծրագրվել է տվյալ սեռի երեխայի ծնունդն ապահովելու նպատակով: Հատկանշական է, որ Միացյալ Թագավորության իշխանությունների և Մարդու ֆերտիլիզացման և սաղմնաբանության մարմնի՝ սահմանափակումների նման մոտեցումը լայն աջակցություն է ստացել 2002-2003թթ. կազմակերպված հանրային քննարկումների մասնակիցների կողմից:<sup>112</sup> Միաժամանակ, առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության հնարավորությունից օգտվելու ցանկություն հայտնող բրիտանացի ծնողների թիվը մեծանում է. այսպես, 2008թ. ԲիԲիՍի-ի զեկույցը պնդում է, թե «Ավելի ու ավելի մեծ թվով բրիտանացի զույգեր են դիմում արտերկրի կլինիկաների ծառայություններին՝ իրենց երեխաների սեռն ընտրելու նպատակով»:<sup>113</sup> Հատկանշական է, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության ծառայություններ առաջարկող ԱՄՆ կլինիկաների հաճախորդների շուրջ կեսը բրիտանացի ծնողներն են:<sup>114</sup>
112. ԱՄՆ-ում առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության նպատակով ՆԳԱ օգտագործումն արգելող դաշնային օրենսդրություն չկա, թեպետ գործող ցուցումները ընդհանուր առմամբ դեմ են դրան, իսկ գործնականում բազմաթիվ բուժհաստատություններ մատուցում են նման ծառայություններ:<sup>115</sup> Խնդրի կարգավորումը ներկայում առավելապես նահանգային օրենսդրությամբ է կատարվում, ընդ որում որևէ նահանգ նման գործունեությունն օրենսդրորեն չի արգելում:
113. Ընդհանուր առմամբ, առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության խնդիրների շուրջ բանավեճը շարունակվում է հարափոփոխ դաշտում, ուր էթիկայի սկզբունքները և տարբեր իրավական նախադեպերը մասնագետներին ոչ պարտադրում են, ոչ՝ արգելում ծառայություններ մատուցել դրանցով հետաքրքրված պացիենտներին:<sup>116</sup> Միաժամանակ, բուժհաստատությունները շարունակաբար հետաքրքրված են այս հակասական խնդրի շուրջ որոշակի հստակություն մտցնելու հարցում:<sup>117</sup>
114. Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջը (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG),<sup>118</sup> Վերարտադրողական առողջության ամերիկյան ընկերակցությունը (American Society of Reproductive Medicine - ASRM),<sup>119</sup> Գինեկոլոգների և մանկաբարձների միջազգային ֆեդերացիան

<sup>109</sup> te Taiao T, The Bioethics Council. Who gets born? A report on the cultural, ethical, and spiritual aspects of pre-birth testing. Wellington, NZ: The Bioethics Council; 2008:

<sup>110</sup> Human Fertilisation and Embryology Act 2008 [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2008/ukpga\\_20080022\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2008/ukpga_20080022_en_1):

<sup>111</sup> Human Fertilisation and Embryology Authority Code of Practice, 8th ed. (2009): [http://www.hfea.gov.uk/docs/complete\\_CoP8.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/complete_CoP8.pdf):

<sup>112</sup> Human Fertilisation and Embryology Authority (2002) Sex selection: choice and responsibility in human reproduction. [http://www.hfea.gov.uk/docs/Sex\\_Selection\\_choice\\_and\\_responsibility.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/Sex_Selection_choice_and_responsibility.pdf):

<sup>113</sup> BBC News. Parents queue to select baby gender. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/7696698.stm> (29 October 2008) :

<sup>114</sup> Fishburn A US Clinic offers british couples the chance to choose the sex of their child. The Times Online (22 August 2009). [http://www.timesonline.co.uk/tol/life\\_and\\_style/health/article6805880.ece](http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article6805880.ece):

<sup>115</sup> Whitney Akchurin, Ryan Kartzke. The Ethics of Gender Selection. The Ethical Imperative in the Context of Evolving Technologies. Bassick, M. and University of Colorado Boulder. Leeds School of Business. 2007. <http://www.ethicapublishing.com/ethicalimperative.pdf>:

<sup>116</sup> Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, et al. ESHRE Task Force on ethics and Law 20: sex selection for non-medical reasons. Hum Reprod 2013;28:1448–54:

<sup>117</sup> Baruch S, Kaufman D, Hudson KL. Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US in vitro fertilization clinics. Fertil Steril 2008;89:1053–8:

<sup>118</sup> ACOG Committee on Ethics: Sex selection. Committee opinion no. 360. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2007;109(2 pt 1):475–478:

<sup>119</sup> Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Sex selection and preimplantation diagnosis. Fertil Steril. 1999;72(4):595-598:

(International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO)<sup>120</sup> չեն պաշտպանում առանց բժշկական ցուցման սեռի ընտրության նպատակով բուժհաստատություն դիմած անձանց՝ պահանջված ծառայությունների մատուցումը, քանի որ համարում են, որ նման պահանջը կարող է ի վերջո նպաստել սեքսիստական գործելակերպին և էլ ավելի վատթարացնել կանանց արժևորումը:<sup>121</sup> Վերը նշված առաջին երեք կազմակերպությունները առաջարկում են պացիենտներին երեխայի սեռի ընտրության ծառայություններ տրամադրել բացառապես սեռով պայմանավորված ժառանգական հիվանդություններից խուսափելու նպատակով:

115. Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջը առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության դեմ հանդես է գալիս նշելով այն մտահոգությունը, որ այն խորացնում է աղջիկ երեխաների հանդեպ կանխակալ վերաբերմունքը:<sup>122</sup> Վերապահվում է արվում սակայն այն դեպքերի համար, երբ երեխայի սեռի ընտրության հիմքում նման կանխակալ վերաբերմունք առկա չէ:
116. 2001թ. Վերարտադրողական առողջության ամերիկյան ընկերակցությունը (ՎԱԱԸ) ամրագրեց, որ նման կանխակալ վերաբերմունքը նվազ ակնհայտ է, երբ սեռի ընտրությունը կատարվում է ընտանիքի հավասարակշռման նպատակառումով:<sup>123</sup>
117. ՎԱԱԸ էթիկայի հանձնաժողովը նշում է, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության նպատակով վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառումը լի է էթիկայի հակասություններով, և խուսափում է այս կամ այն կողմը բռնել՝ տալով հստակ հանձնարարականներ: ՎԱԱԸ էթիկայի հանձնաժողովը ընդունում է նման պրակտիկայի թույլատրելիությունը պաշտպանող կամ մերժող կարծիքների միջև պատճառաբանված տարբերությունները և եզրակացնում, որ չի կարող փոխհամաձայնեցված դիրքորոշում այս հարցում: Փոխարենը, հղվելով այս հակասականությանը, ՎԱԱԸ-ն կոչ է անում բուժհաստատություններին՝ մշակել և հրապարակային դարձնել առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության ծառայությունների վերաբերյալ իրենց հաստատությունների քաղաքականությունը, ինչպես նաև ապահովել նման ծառայությունների մատուցմանը մասնակցելու վերաբերյալ իրենց բուժաշխատողների որոշումների և գործունեության համապատասխանությունը բուժհաստատության ընդունած պաշտոնական քաղաքականությանը: Միաժամանակ, օժանդակ վերարտադրողական ծառայություններ առաջարկող բուժաշխատողները որևէ էթիկական պարտավորություն չունեն տրամադրել կամ մերժել առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության ծառայություններ:
118. Ըստ էության, սեռով պայմանավորված գենետիկ հիվանդությունների ժառանգականության՝ ընտանիքի պատմության բացակայության պարագայում պացիենտի կողմից սեռի նախաբեղմնավորման ընտրությունը կարող է դիտվել որպես բժշկական տեխնոլոգիայի *հայեցողական* օգտագործում՝ ուղղված ապագա զավակի սեռի մասին պացիենտի ցանկությունները բավարարելուն: Սկզբունքորեն, հայեցողականության մասին նույնը կարելի է ասել նաև ՆԳԱ կատարման մասին այն դեպքերում, երբ ԱՄԲ կիրառության բժշկական ցուցում չկա, կամ, երբ ԱՄԲ բժշկական ցուցում կա, սակայն ՆԳԱ ցուցում՝ ոչ, սակայն պացիենտը նախընտրում է դիմել ՆԳԱ-ի:
119. Սեռով պայմանավորված խանգարումներ կրող երեխաների ծննդից խուսափելու նպատակով սեռի ընտրության համա ՆԳԱ օգտագործմանը ՎԱԱԸ էթիկայի հանձնաժողովը հավանություն է տվել դեռ 1999թ. զեկույցում: Միաժամանակ հանձնաժողովը կարծիք էր հայտնել, որ սեռի ընտրության նպատակով ՆԳԱ-ի կիրառությունը «չպետք է խրախուսել» այն պացիենտների դեպքում, որոնք բժշկական ցուցումով ԱՄԲ ցուցվում են արդեն: Հանձնաժողովը հատուկ սահմանել էր, թե բացարձակապես սեռի ընտրության նպատակով ՆԳԱ հետ համատեղ ԱՄԲ նախաձեռնելուց պետք է ձեռնպահ մնալ, հաշվի առնելով գենդերային կանխակալ վերաբերմունքն ու սոցիալական վնասները:<sup>124</sup>
120. 2001թ. զեկույցում ՎԱԱԸ էթիկայի հանձնաժողովը սեռի ընտրության նախաբեղմնավորման մեթոդները, այդ թվում՝ սպերմայի տեսակավորումը համարում էր փորձարարական, սակայն եզրակացնում, որ

<sup>120</sup> FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidelines on sex selection for non-medical purposes. Intl J Gynaecol Obstet. 2006;92:329-330:

<sup>121</sup> Dahl E. Procreative liberty: the case for preconception sex selection. Reprod BioMed Online. 2003;7(4):380-384:

<sup>122</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Sex selection. 2007, reaffirmed 2011. [http://www.acog.org/Resources\\_And\\_Publications/Committee\\_Opinions/Committee\\_on\\_Ethics/Sex\\_Selection](http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Ethics/Sex_Selection). Accessed April 23, 2015:

<sup>123</sup> Fertility and Sterility, Vol. 103, No. 6, June 2015 0015-0282. American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.035>:

<sup>124</sup> Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Sex selection and preimplantation genetic diagnosis. Fertil Steril 1999; 72:595-8:

«ընտանիքներում գենդերային բազմազանությունը ընդլայնելու նպատակով սեռի ընտրությունը չի կարող այնչափ մեծացնել երեխաներին, կանանց կամ հասարակությանը վնաս պատճառելու ռիսկերը, որ դրա արգելման կամ որպես ոչ էթիկական դատապարտելի համարվելու հիմք դառնա անխտիր բոլոր դեպքերում»: Ձեկույցը նաև եզրակացնում էր, որ բուժհաստատություններին պետք է թույլատրել առանց բժշկական ցուցման սեռի ընտրության ծառայությունների մատուցումն այն զույգերին, որոնք ցանկանում են ընտանիքում գենդերային բազմազանություն ապահովել, այսինքն՝ ընտանիքներին, որոնք ցանկանում են ունեցած երեխայի սեռին հակառակ սեռի երեխա կամ երեխաներ նույնպես ունենալ: Այս եզրակացությունը հիմնված էր այն համոզման վրա, որ սեռի ընտրության վերաբերյալ մտահոգությունները առանձնապես մեծ չեն, եթե ծառայությունը մատուցվում է այն ծնողներին, որոնք ցանկանում են ունենալ երկու սեռի երեխաներ:<sup>125</sup>

121. Երեխայի սեռի ընտրության ընդդիմախոսները բերում են բազմաթիվ փաստարկներ, որոնք նշում են առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության հետևանքների վտանգավորությունը հասարակության, հակասականությունն՝ անհատների և ոչ միանշանակությունը ծառայություն մատուցողների մասնագիտական էթիկայի համար: Հիմնական փաստարկները նշում են զավակներին պատճառվող վնասի, կանանց և տղամարդկանց հասցվող վնասի, ոչբժշկական նպատակներով բժշկական միջոցների անհարկի օգտագործման, խտրականության և սոցիալական անարդարությունը խորացնելու ռիսկերը:
122. Իհարկե, տարբեր երկրներում այս փաստարկները տարբեր կշիռ ունեն: Օրինակ՝ Արևելյան Ասիայի երկրների պարագայում երեխայի սեռի ընտրությունը հանգեցնում է բնակչության սեռային կազմի ահռելի անհամամասնությունների, մինչդեռ մասնագիտական էթիկայի խնդիրները հազվադեպ են բարձրացվում: ԱՄՆ-ում ժողովրդագրական իրավիճակի վրա երեխայի սեռի ընտրության ազդեցությունը աննշան է, մինչդեռ օրակարգային է բժշկական էթիկայի, կանանց և երեխաների իրավունքների և ազատությունների խնդիրը: Հայաստանի պարագայում հասարակության լայն շերտերը, այդ թվում՝ իշխանությունները, հատկապես զգայուն են երևույթի ժողովրդագրական ծանր հետևանքների հանդեպ, մտահոգված են առավելապես երեխայի սեռի հետիմպլանտացիոն ընտրության մեխանիզմի՝ սելեկտիվ աբորտների խնդրով, մինչդեռ օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ երեխայի սեռի ընտրության խնդիրները թեպետ իրավականորեն կարգավորված (սահմանափակված) են, սակայն հասարակական լայն քննարկում էթիկայի հարցերի շուրջ գրեթե չկա, ինչը թերևս, պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ երկրի բնակչության 1/3-րդ ընդգրկող աղքատության պայմաններում ծառայությունների մատչելիությունը հասարակության մեծ խմբերի համար մնում է խիստ սահմանափակ, իսկ որոշ տեխնոլոգիաներ էականորեն հասանելի չեն անգամ: Փաստարկների կարևորությունը պայմանավորված է նաև երկրում երեխայի սեռն ընտրելու ցանկություն ունեցողների խմբի մեծությունից: Այսպես, ԱՄՆ-ում հետազոտության մեջ ընդգրկված զույգերի ոչ ավելի, քան 20%-ն է հայտնել, որ ցանկանում ընտրել երեխայի սեռը, իսկ եթե հաշվի առնենք, որ ցանկություն հայտնածներից քչերն են ի վիճակի վճարել համապատասխան ծառայությունների դիմաց և օգտվել տեխնոլոգիաներից, ապա պարզ է դառնում, թե ինչու է երեխայի սեռի ընտրության հետևանքների հարթությունը համեմատաբար քիչ քննարկվում այս երկրի պարագայում: Ուստի զարմանալի չէ, որ մեկ այլ հետազոտության գնահատականով ԱՄՆ բնակիչների շուրջ 68%-ը չի խրախուսում ՆԳԱ կիրառությունը բացառապես սեռի ընտրության նպատակով:<sup>126</sup> Մեկ այլ հետազոտության տվյալներով գերմանացիների միայն 8%-ն է արդարացնում առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության նպատակով տեխնոլոգիաների կիրառումը, այն էլ՝ հիմնականում ընտանիքի կազմը հավասարակշռելու նպատակով:<sup>127</sup> Մեծ Բրիտանիայում հասարակության ընկալումների հետազոտությունը վկայում է, որ երեխայի սեռի ընտրությունը դատապարտողների բանակն ավելի մեծ է, քան նրանք, ովքեր այս խնդրում վերարտադրողական ինքնուրույնությունը համարում են ավելի գերակա:<sup>128</sup>
123. Երեխայի սեռի ընտրության հարցերին նման վերաբերմունքը տարբեր երկրներում մեծապես պայմանավորված է գենդերային խտրականության իրավիճակով: Այսպես, ԱՄՆ-ում 2004թ. իրականացված

<sup>125</sup> Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Preconception gender selection for nonmedical reasons. Fertil Steril 2001;75:861-4:

<sup>126</sup> Genetics and Public Policy Center. Public awareness and attitudes about reproductive genetic technology. December 9, 2002. <https://jscholarship.library.jhu.edu/handle/1774.2/979>. Accessed April 23, 2015:

<sup>127</sup> Hershberger PE, Pierce PF. Conceptualizing couples' decision making in PGD: emerging cognitive, emotional, and moral dimensions. Patient Educ Couns 2010;81:53-62:

<sup>128</sup> Herrison-Kelly P. The prohibition of sex selection for social reasons in the United Kingdom: public opinion trumps reproductive liberty? Camb Q Healthc Ethics 2006;15:261-72:

հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ աղջիկների համեմատ տղաների էական նախապատվություն այս երկրում գոյություն չունի. Հարցվածների 50%-ը ցանկացել է ընտանիքում ունենալ հավասար թվով աղջիկ և տղա, 7%-ը՝ ավելի շատ տղա քան աղջիկ, 6%-ը՝ ավելի շատ աղջիկ քան տղա, 5%-ը՝ միայն տղա, իսկ 4%-ը՝ միայն աղջիկ, մինչդեռ 27%-ը որևէ նախապատվություն չի ունեցել ընդհանրապես:<sup>129</sup>

124. Եթե **ընտանիքի հավասարակշռման** նպատակով երեխայի սեռի ընտրության էթիկայի հարցերի շուրջ բանավեճում<sup>130</sup> ընտրության կողմնակիցները պնդում են, թե երկու սեռի երեխաներ ունեցող ընտանիքներում երեխայի դաստիարակությունն ավելի օգտակար է ողջ հասարակության համար, ապա դրա ընդդիմախոսները նշում են, որ ներկայում երեխայի կամ ողջ հասարակության համար ընտանիքի հավասարակշռության որևէ հիմնավոր ապացույց չկա: Ընտանիքի հավասարակշռման նպատակով սեռի ընտրությունը մնում է մանկածնությանը ոչ կենսական հարցերը վերահսկելու ոչ էթիկական միջոց, պնդում են նրանք, և եզրակացնում՝ մինչև հասարակության համար ընտանիքում երեխաների գենդերային բազմազանության բարենպաստ լինելն ապացուցող փաստական հիմքերի հայտնվելը, ՆԳԱ-ն և մյուս տեխնոլոգիաները չպետք է կիրառվեն որպես ծնողներին բավարարելու միջոց:
125. Ընտանիքի հավասարակշռման փաստարկի քննադատները նշում են, որ այս նպատակով երեխայի սեռի ընտրությունը խաթարում է երեխայի «բաց ապագայի» իրավունքը:<sup>131</sup> Կողմնակիցները, սակայն նշում են, թե ընտանիքի հավասարակշռման և կանխակալ վերաբերմունքի միջև կապ կարող է և չլինել, իսկ ծնողների նախապատվությունը, ինչպես նշվել է վերևում, պարտադրաբար խտրականության հիմքով կարող է չլինել: Ընդդիմախոսները հակադարձում են, եթե ծնողները այն աստիճան մտահոգ են իրենց զավակի սեռը «հավասարակշռելու» հարցում, որ դիմում են ԱՄԲ-ի և ՆԳԱ-ի ապա ամենայն հավանականությամբ նրանց շարժառիթները պայմանավորված են այս կամ այն սեռի հանդեպ խտրական վերաբերմունքով: Ընտանիքի հավասարակշռման ջատագովները նշում են, թե այն հենց ուղղված է առանձին ընտանիքում սեռերի տարբերությունները նվազեցնելուն կամ վերացնելուն՝ առանց այս կամ այն սեռի գերակայության համոզման, ուստի այն ուղղված է գենդերային հավասարակշռությունը խթանելուն, ինչն էլ, նրանց կարծիքով, արտահայտում է երեխայի սեռն ընտրող ծնողների արժեքը: Ինչպե՞ս կարող է գենդերային հավասարակշռությունը խթանող շարժառիթը սեքսիստական լինել, հարցնում են առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության այս հիմնավորման պաշտպանները: Այս մոտեցման և դրա գործնական կիրառման քննադատները նշում են, թե «ընտանիքի հավասարակշռում» եզրի իմաստի հստակ և միանշանակ սահմանում գոյություն չունի<sup>132</sup> Որքան ավելի մեծ տարածում է ստանում այս եզրը, այնքան ավելի հակասական են դառնում դրա մեկնաբանություններն ու կիրառությունը, ուստի այս եզրն աներկբայորեն ընդունելը բարդ եզրակացություններ է առաջ բերում: Այսպես, եթե հավասարակշռված ընտանիքները ցանկալի են ու որոշակիորեն ավելի արժեքավոր, ապա այն ընտանիքները, որոնցում յուրաքանչյուր սեռի հավասար թվով երեխաներ չկան կամ չկա հակառակ սեռի գոնե մեկ երեխա պիտի որ ինչ-որ առումով թերի լինեն:<sup>133</sup> Թեև այս հակասական եզրը առաջին հայացքից կարող է թվալ սեռերի նախապատվության հետ անմիջական կապ չունեցող, այդուհանդերձ, այն չի կարող խուսափել սեռի և գենդերային կարծրատիպերի հետ կապակցված խնդիրներից, նշում են ընդդիմախոսները: Յուրաքանչյուր երեխա ծնվում է որոշակի սոցիալական դեր կատարելու նպատակով՝ ընտանիքում տղամարդու կամ կնոջ կարծրատիպային տարր հավելելով: Քննադատները պնդում, որ հավասարակշռության նպատակով ծնված երեխաները հատկապես խոցելի են. նրանք մեծանում են իրենց հանդեպ ծնողների ավելի սուր և բարձր գենդերային ակնկալիքների պայմաններում և այդ ակնկալիքներին համապատասխանելով իրենց դերը կատարելու բեռը կարող է հոգեբանական որոշակի վնաս հասցնել երեխային: Ի վերջո, չէ՞ որ երեխայի սեռի ընտրությունը կարող է երաշխավորել միայն նրա կենսաբանական՝ քրոմոսոմային սեռը, մինչդեռ կենսաբանական սեռի ազդեցությունը սոցիալական սեռային դերերի վրա կարող են էապես չարաշահվել, եթե ծնողները ցանկացել են տղա կամ աղջիկ ունենալ միայն կնոջ կամ տղամարդու դերերի մասին սեփական որոշ պատկերացումներին հագուրդ տալու մղումով: Ուստի, երբ ընտանիքի հավասարակշռման ձգտումն իրականացվում է, ապա անմիջապես սկսում են պարտադրվել սոցիալական սահմանափակումներ՝ երեխաներից ծնողներն ակնկալում են լիովին համապատասխանել գենդերային

<sup>129</sup> Dahl E, Gupta RS, Beutel M, Stoebel-Richter Y, Brosgig B, Tinneberg HR, et al. Preconception sex selection demand and preferences in the United States. *Fertil Steril* 2006;85:468–73:

<sup>130</sup> A. Cline, *Gender Selection- Ethical Considerations & New Technologies*. Agnosticism/Atheism.2007.Feb.Mar.2007, <http://atheism.about.com>:

<sup>131</sup> Davis D. The parental investment factor and the child's right to an open future. *Hastings Cent Rep* 2009;39:1–4:

<sup>132</sup> Wilkinson S (2008) Sexism, sex selection and 'family balancing'. *Medical Law Review*, 16, 369–389:

<sup>133</sup> Holm S (2004) Like a frog in boiling water: the public, the HFEA, and sex selection. *Health Care Analysis*, 12, 27–39:

դերերի մասին իրենց պատկերացումներին և ծնողների ակնկալիքները երեխաներին հոգեբանական մեծ ճնշման տակ են դնում: Այս առումով, ընտանիքի հավասարակշռումը ոչ պակաս սեքսիստական է կամ սոցիալապես վնասակար, քան այս կամ այն սեռի անթաքույց նախապատվությամբ դրդված երեխայի սեռի ընտրությունը:

126. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության էթիկայի շուրջ բանավեճի մեկ այլ հարթությունում, ինչպես նշվել է վերևում, շոշափվում է **սաղմի հանդեպ հարգանքի** հարցը:<sup>134</sup> Որոշ մարդիկ համարում են, որ այս տեսանկյունից ՆԳԱ կիրառությունը, մասնավորապես, համադրելի է մանկասպանությանը, քանի որ սաղմը (էմբրիոնը) համարում են *անձ*. սաղմի հանդեպ հարգանքի սկզբունքը շրջանցելու համար լրջագույն պատճառներ են հարկավոր, մինչդեռ երեխայի սեռի ընտրությունը հեռու է այդպիսին լինելուց:<sup>135</sup>
127. Էթիկայի առումով «անձ» եզրը կիրառվում է այն արարածների պարագայում, որոնց հանդեպ մենք ծանրակշիռ բարոյական պարտավորություններ են կրում. երբեմն նրանց իրավունքի կրողներ (rightholders) են անվանում: Անձինք սովորաբար ունեն կյանքի իրավունք, ինչը նշանակում է, որ նրանք առնվազն որոշակի անձեռնմխելիություն ունեն մյուսների հարձակումների հանդեպ: Նրանք նաև ինքնուրույնության իրավունք ունեն, ինչը նշանակում է, որ նրանք պիտի տնօրինեն սեփական կյանքը, և ազատ են ձգտելու իրենց պատկերացմամբ լավ կյանքի, այնքանով, որքանով չեն խանգարում այլ անձանց ձգտմանը: Անձինք կարող են նաև առանձին իրավիճակներում օգնության իրավունք ունենալ: Այսպես, եթե անձը խեղդվում է և եթե մյուսի համար մեծ ջանք չի պահանջվում այդ անձին փրկելու համար, ապա երկրորդը պարտավորություն է կրում փրկել առաջին անձին: Եթե սաղմն անձեր է, ապա ՆԳԱ-ն ստեղծում է մի շարք անձեր և ոչնչացնում է «սխալ սեռ ունեցող» անձանց: Մի շարք վերլուծաբաններ հանդես են գալիս ՆԳԱ պաշտպանությամբ, համարելով այն երեխայի սեռի ընտրության կիրառելի և էթիկայի առումով ընդունելի միջոց, պնդելով, թե սաղմը անձ չէ:<sup>136</sup> Կա նաև կարծիք, որ եթե չօգտագործվող սաղմերը ոչնչացվելու փոխարեն նվիրաբերվեն այլ զույգերի և հասունանալու հնարավորություն ստանան, ապա այն իրավական մտայնությունը, թե սաղմերը ոչնչացվում են կվերանա: Հնարավոր է արդյոք խուսափել սաղմի բարոյա-իրավական կարգավիճակի հարցը *գենետիկ ճարտարագիտությունը* սեռի ընտրության նպատակով կիրառելու պարագայում: Գենետիկայի ոլորտում տեխնոլոգիական առաջընթացը հնարավորություն է տալիս ուղղակիորեն փոփոխել անձի գեները: Եթե հնարավոր լիներ անմիջականորեն փոխել սաղմի սեռը պայմանավորող գեները, ապա նման հնարավորությունը կվերացներ «սխալ սեռի» սաղմեր ստեղծելու և վերացնելու անհրաժեշտությունը, նշում են վերլուծաբանները: Հաշվի առնելով մարդու գենոմի ծրագրերի սրընթաց զարգացում և գենետիկ ճարտարագիտության առաջընթացն ընդհանրապես, թվում է թե նման հնարավորությունն այնքան էլ հեռու չէ:<sup>137</sup>
128. Գենետիկ ճարտարագիտության երկու տեսակներից՝ սոմատիկ և սաղմնային, առաջինն ուղղված է գոյություն ունեցող՝ ապրող մեկ անձի մարմնի առանձին օրգաններում և հյուսվածքներում միջամտությանը՝ առանց նրա ձվաբջիջների կամ սպերմայի վրա ներգործության: Սաղմնային ճարտարագիտությունը կոչված է ներգործելու ձվաբջիջների, սպերմայի կամ զարգացման ամենավաղ փուլում գտնվող սաղմի վրա: Երեխայի սեռի ընտրության նպատակով գենետիկական ճարտարագիտության կիրառումը ենթադրում է ցանկալի սեռի ընտրված գեների տեղադրում կրող օրգանիզմում և սաղմնային ճարտարագիտության կիրառումը՝ սաղմի սեռը փոխելու նպատակով:
129. Եթե սաղմն անձ է, ապա կարելի է պնդել, թե այս մեթոդը միջամտություն է անձի ինքնուրույնությանը՝ առանց այդ անձի համաձայնության, նշում են մասնագետները: Երբ որևէ մեկը փորձում է միջամտել անձի լավ կյանքի ձգտումներին, ապա սովորաբար պահանջվում է տվյալ անձի համաձայնությունը: Իհարկե, կան իրավիճակներ, երբ անձի համաձայնությունը պարտադիր կարող է չլինել, ասենք՝ երբ անձի համար օգուտները շատ մեծ են, ինչպես օրինակ՝ երբ փրկվելու է նրա կյանքը: Այսպես, եթե անձն անգիտակից վիճակում է և ողջ մնալու համար անհապաղ վիրահատության կարիք ունի, ապա բժիշկը կարող է հիմնավորված կերպով նման վիրահատություն կատարել՝ առանց անձի համաձայնությունը ստանալու, պատճառաբանելով, որ այն կյանքը փրկելու նպատակով կատարվող բժշկական միջամտություն է: Սակայն,

<sup>134</sup> Boyle K, Batzer FR, Ravitsky V. “What’s left in the dish?”: ethical issues related to preimplantation genetic diagnosis. *Fertil Steril* 2008;90:S44–5:

Wachbroit R, Wasserman D. Patient autonomy and value-neutrality in nondirective genetic counseling. *Stanford Law Pol Rev* 1995;6:103–11:

<sup>135</sup> Scott R. Choosing between possible lives: legal and ethical issues in preimplantation genetic diagnosis. *Oxf J Leg Stud* 2006;26:153–78:

<sup>136</sup> Robertson JA. Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate. *Hum Reprod* 2003;18:465–71:

Dahl E. Ethical issues in new uses of preimplantation genetic diagnosis: should parents be allowed to use preimplantation genetic diagnosis to choose the sexual orientation of their children? *Hum Reprod* 2003;18:1368–9:

<sup>137</sup> Hood L. The human genome project—launch pad for human genetic engineering. In: Stock G, Campbell J, eds. *Engineering the human germline*. New York: Oxford University Press, 2000:83:



Եթե մի կողմ թողնենք կյանքը փրկելու նպատակով կատարվող միջամտությունները, ապա մնացած դեպքերում անձի համաձայնությունը սովորաբար անհրաժեշտ է: Այս համատեքստում, սաղմի սեռի փոփոխությունը գենետիկ ճարտարագիտության միջոցով սաղմի սեռը փոփոխող վիրահատական միջամտություն է: Ինքնության փոփոխության նման միջամտություն կատարելու համար անձի համաձայնությունը սովորաբար պարտադիր է: Հիմնական պատճառը, թերևս այն է, որ նման միջամտությունը անձի կյանքը փրկելու համար չի արվում հիմնականում: Չէ՞ որ բժշկին չի թույլատրվում առանց ապրող անձի համաձայնության նրա սեռը փոխող վիրահատական միջամտություն կատարել, նշում են վերլուծաբանները: Եթե անգամ որևէ անձ նման միջամտության համաձայնություն տալու ի վիճակի չէ, ապա ընդունված ճշմարտություն է, որ մյուսներն այդ անձի անունից՝ առողջությանը չվերաբերվող միջամտությանը համաձայնություն տալու իրավունք չունեն: Եթե ընդունենք, թե սաղմն անձ է, ուստի ինքնուրույնության իրավունք ունի, ապա ինչպես վերը նշված օրինակում, սաղմի սեռը փոխելու համար պիտի որ պահանջվի սաղմի համաձայնությունը: Քանի որ սաղմն նման համաձայնություն տալ չի կարող, և նման միջամտությունը չի կարող համարվել սաղմի կյանքը փրկող բժշկական միջամտություն, ապա կարելի է ենթադրել, որ մյուսներին սաղմի փոխարեն նման համաձայնություն տալն անթույլատրելի է:

130. Իրավամբ, ծնողները հաճախ արդարացի կերպով գործում են իրենց զավակների անունից, առանց իրենց զավակների համաձայնության, ընդ որում առողջությանը չվերաբերվող բազմաթիվ հարցերում: Այսպես, ծնողներն են հաճախ որոշում, թե ինչպես են դաստիարակում երեխաներին, ինչպիսի կրթություն են ստանալու նրանք, ինչ շորեր պիտի հագնեն իրենց երեխաները, ֆուտբոլ պիտի խաղան թե դաշնամուր նվագեն և այլն, ընդ որում՝ առանց երեխաների համաձայնությունը ստանալու: Ուրեմն, եթե ծնողներին այդչափ իրավասություն է տրված իրենց երեխայի սոցիալական ինքնությունը կերտելու գործում, ինչու՞ պիտի ծնողները իրավունք չունենան ձևավորել իրենց երեխայի գենդերային ինքնությունը նույնպես, մասնավորապես՝ փոփոխեն սաղմի սեռն առանց սաղմի համաձայնության: Մասնագետները նախ նշում են, որ ծնողներն իրականում իրենց երեխայի սոցիալական ինքնության ձևավորման վրա բացարձակ ազդեցություն և իրավասություն չունեն, ինչպիսին կլինե՞ր գենետիկ ինքնությունը փոխելու պարագայում, եթե իհարկե գենետիկ ճարտարագիտություն նման միջամտության հնարավորություն տա մոտ ապագայում: Իսկապես, զարգացման վաղ շրջանից նորածիններն ու մանուկները նախապատվություն են դրսևորում սննդի, հագուստի, քնի և այլ հարցերի վերաբերյալ, և ծնողների նախապատվությանը հակադրվելու կամ դիմադրելու որոշակի միջոցներ ունեն, եթե սեփական նախապատվությունների և ծնողների նախապատվությունների միջև հակասություն կա: Նախապատվության նման դրսևորումը կամ հակազդեցություն անհնար է սաղմի պարագայում: Երկրորդ, մասնագետները տարանջատում են անձին վերաբերվող ոչ բժշկական որոշումները, որոնք էությանը շրջելի են, անշրջելի միջամտություններից: Երբ ծնողները երեխայի առողջությանն ուղղակիորեն չվերաբերվող որոշումներ են կայացնում նրանց կենսակերպի վերաբերյալ՝ ինչպես պիտի դաստիարակվեն ու կրթվեն, ինչպես հագնվեն և այլն, ապա բոլոր այս որոշումներն էությանը շրջելի են. երեխան հետագայում կարող է չափահասության հասնելով այլընտրանք ունենալ և այլ ուղի ու կենսակերպ ընտրել: Նման որոշումներն էությանը սահմանափակում են երեխայի ինքնուրույնությունը, սակայն չեն զրկում նրան ինքնուրույնությունից: Սակայն երեխայի անունից կատարվող առողջությանը չվերաբերվող անշրջելի որոշումները զրկում են երեխային իր ինքնուրույնությունից, քանի որ նրա համար կյանքի ուղի է ընտրվում՝ զրկելով նրան այն փոխելու հնարավորությունից: Եթե անձի ինքնուրույնությունն արժեք է, ապա անձի անունից առանց նրա համաձայնության անձի առողջությանը չվերաբերվող անշրջելի վերաբերյալ որոշումները անթույլատրելի են, եզրակացնում են մասնագետները:

131. Այս առումով, միջազգային փորձում հատկանշական միջադեպ է Կոլումբիայի Սահմանադրական դատարանին ուղղված հայցը, թե արդյոք կենսաբանական ծնողները իրավասու են իրենց հերմաֆրոդիտ զավակներին (երեխաները ծնվել էին և՛ արական, և՛ իգական սեռական օրգաններով) վիրահատության ենթարկել: Բարձր դատարանը վճռեց, որ կենսաբանական ծնողները նման իրավասություն չունեն, այն հիմնավորմամբ, թե կենսաբանական ծնողները պիտի երեխաների լավագույն շահերը պիտի ոչ միանշանակ սեռի վերաբերյալ սեփական մտավախություններից ու անհանգստությունից վեր դասեն: Նման վիրահատական միջամտությունը առողջությանը չվերաբերվող ոչ կենսական և անշրջելի միջամտության օրինակ է: Նման մոտեցման արդարացիությունը հաստատում են նաև բազմաթիվ հերմաֆրոդիտներ, նշելով, որ վիրահատական միջամտությունը պիտի թողնվի անձի որոշմանը՝ մինչև այն հասակը, երբ անձը չափահաս է և կարող է գիտակցված ինքնուրույն որոշում կայացնել:<sup>138</sup>

132. Մասնագետները քննում են նաև այն հարցը, թե որքանով էթիկայի տեսանկյունից ընդունելի կլինի առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության գենետիկ ճարտարագիտության միջամտությունը, եթե

<sup>138</sup> SU-337/99, 12 May 1999 and T-551/99, 2 August 1999. <http://www.isna.org/colombia/pr.html> (accessed 22 November 2004):

*սաղմը անձ չհամարվի*: Անձի սեռը փոխելն առանց անձի համաձայնության անձի ինքնությունության խախտում է: Ընդ որում, եթե անգամ անձը դեռ գոյություն չունի (սաղմը դեռ անձ չէ), միևնույն է գենետիկական ճարտարագիտությունը ներգործում է նույնականացնելի անհատի վրա: Այսպես, սաղմը կծնավորվեր որպես կոնկրետ սեռի անձ, եթե չլիներ միջամտությունը, որը հանգեցրել է սաղմի՝ հակառակ սեռի անձ դառնալուն: Դառնալով չափահաս այդ անձը կարող է բողոքել, թե նա կարող էր այլ մեկը լինել, եթե չլիներ միջամտությունը: Այն փաստը, որ սաղմին վնասը հասցվել է ապագայում չի վերացնում նույնականացնելի անհատին հասցված վնասի փաստը, այս դեպքում՝ ինքնությունության խախտումը:

133. Հատկանշական է, որ այս փաստարկները կիրառելի չեն ՆԳԱ-ի հանդեպ, քանի որ այս պարագայում գործ ունենք կոնկրետ սեռի սաղմերի ընտրության հետ, որոնք ընտրությունից հետո փոխադրվում են հղի կնոջ օրգանիզմ (իմպլանտացիա), և առանձին սաղմերի փոփոխություն չի կատարվում: Այս առումով, ՆԳԱ-ի ճանապարհով ընտրված սաղմը, որը հնարավորություն է ստացել ձևավորվել որպես անհատ, հետագայում չի կարող բողոքել, որ իրեն վնաս է հասցվել սաղմնային փուլում, քանի որ եթե այլ սաղմ ընտրված լիներ, ապա առաջինը գոյություն չէր ունենա:<sup>139</sup> Համաձայնության և ինքնությունության հարցերը չեն առաջանում, քանի որ նման ընտրությունը նույնն է, թե երեխան բեղմնավորվեր բնական ճանապարհով, որի դեպքում համաձայնության և ինքնությունության հարցեր նույնպես չեն ծագում:<sup>140</sup> Վերը նշված վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բժշկական տեխնոլոգիաների հետագա զարգացումը ոչ մի այն չի վերացնում առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության էթիկայի հակասությունները, այլև կարող է ավելի խորացնել դրանք:
134. Կա տարածված կարծիք, թե առանց բժշկական ցուցման սեռի ընտրությունը ոչ միայն չի կարող լուծել սոցիալական խնդիրները, այդ թվում՝ ընտանիքների բարօրության խնդիրները, այլև խորացնում է դրանք՝ նպաստելով բարոյապես անընդունելի արժեքների ձևավորմանն ու խորացմանը:
135. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությանը բժշկական միջամտության էթիկայի խնդիրը քննարկվում է նաև ավելի լայն՝ պացիենտի պահանջի հիման վրա ոչբժշկական նպատակներով բժշկական ծառայությունների մատուցման էթիկայի խնդրի համատեքստում:<sup>141</sup> Հատկանշական է, որ բժշկության նպատակների համընդհանուր-միասնական սահմանում գոյություն չունի: Կենսաէթիկայի հետազոտություններում մասնագիտացած Հասթինգսի Կենտրոնի (Hastings Center) զեկույցը նշում է հետևյալ նպատակները. (ա) հիվանդության և վնասվածքների կանխում և առողջության բարելավում ու պահպանում. (բ) տկարության պատճառած ցավի ու տառապանքի մեղմում. (գ) հիվանդների խնամք և բուժում, և անբուժելի անձանց խնամք. (դ) վաղաժամ մահվանից խուսափում և խաղաղ մահվան հետամուտ լինելը:<sup>142</sup> Ֆրանկլին Միլլերը և Հովարդ Բրոդին այս սահմանումը լրացնում են ևս չորս հիմնական «ներքին պարտականություններով», որոնք էական են բժիշկների մասնագիտական «ազնվության» առումով. դրանցից երկրորդը պահանջում է «ձեռնպահ մնալ վտանգի անհամաչափ ռիսկերից, որոնք չեն հակակշռվում բժշկական միջամտության օգուտների փոխհատուցման հեռնկարով»:<sup>143</sup> Նրանք պնդում են, որ բարելավման տեխնոլոգիաները, որոնց շարքին է ըստ էության պատկանում սեռի ընտրությունը, մարտահրավերն են հենց այս երկրորդ ներքին պարտականությանը, քանի որ բժշկական ռիսկերը հստակ ակնառու են, մինչդեռ բժշկական որևէ օգուտ առկա չէ: Նմանապես, թեև ակնհայտ են սեռի ընտրության ձգտող ընտանիքների համար հոգե-սոցիալական օգուտները, սակայն այնքան էլ պարզ չէ, թե նման օգուտները որքանով կարող են համարվել «բժշկական», անգամ այս եզրի ընգրկումն սահմանման պարագայում: Միլլերի և Բրոդիի տրամաբանությամբ դժվար է արդարացնել սեռի ընտրությունը թե՛ սպերմայի տեսակավորման, թե՛ ՆԳԱ միջոցով, քանի որ որևէ «օրինական բժշկական նպատակ» դրանք չեն հետապնդում, մինչդեռ հնարավոր ռիսկերը մեծ են:<sup>144</sup>
136. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության ընդդիմախոսները նշում են, որ այն սեքսիստական բնույթ ունի, ուստի ամբողջովին անընդունելի ոչ էթիկական գործունեություն է: Ջոնաթան Բերկովիցը և Ջեք Մնայդերը պնդում են, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը մարմնավորում է

<sup>139</sup> Parfit D. Reasons and persons. Oxford: Oxford University Press, 1984:358–9:

Hanser M. Harming future people. Philos Public Aff 1990;19:47–70:

Woodward J. The non-identity problem. Ethics 1986;96:804–31:

<sup>140</sup> Matthew L. The ethics of using genetic engineering for sex selection. Journal of Medical Ethics. 2005;31(2):116-118. doi:10.1136/jme.2003.005983:

<sup>141</sup> Clinical case: Sex selection for nonmedical reasons. Commentary by Louise P. King, MD, JD. Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics. June 2007, Volume 9, Number 6: 418-422:

<sup>142</sup> Callahan D. The goals of medicine: setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996;25(6):S1-S26:

<sup>143</sup> Miller FG, Brody H. The internal morality of medicine: an evolutionary perspective. J Med Philos. 2001;26(6):581-599:

<sup>144</sup> Miller FG, Brody H. Enhancement technologies and professional integrity. Am J Bioeth. 2005;5(3):15-16:

սեքսիզմը՝ դրա մերկ և անթաքույց տեսակն է, ուստի որպես այդպիսին կարող է մեծամասշտաբ սոցիալական վնասներ հասցնել:<sup>145</sup> Նրանք կարծում են, թե որ նման վնասների վտանգը հաշվի առնելով իշխանությունները պիտի սահմանափակեն այս խնդրին առնչվող վերարտադրողական իրավունքներն ու ազատությունները: Պետք է արգելվեն ամենից առաջ, քանի որ վտանգում են ավելի մեծ ու կարևոր սոցիալական նպատակները, այդ թվում՝ սեքսիզմի վերացումն ու գենդերային հավասարության խթանումը: Խրախուսելով այն ծնողներին, որոնք ցանկանում են իրենց որոշումը կայացնել սեռի, գենդերի և սոցիալական սեռով պայմանավորված դերերի վերաբերյալ հասարակության կողմից թելադրված և կարծրատիպային ընկալումների հիման վրա, առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը խթանում և սնում է սեքսիզմը: Վերլուծաբանները վստահ են, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը միաժամանակ վտանգում է ապագա երեխայի հոգեբանական բարօրությունն ու ապագա ազատությունները, ինչը նման գործունեությունը մերժելու նրանց երկրորդ հիմնավորումն է: Բերկովիցն ու Սնայդերը ցուց են տալիս, որ նման գործունեությունը վտանգում է թե՛ հասարակության, թե անհատների բարօրությունը և էթիկայի առումով անընդունելի ծնողական ընտրություն է: Այս առումով, վերլուծաբանները մերժում են առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության հնարավորության ջատագովների այն պնդումը, թե սեռի ընտրությունը վտանգավոր չէ հասարակության և անգամ՝ օգտակար է անհատների ու ընտանիքների համար և շեշտում, որ սեռակարծրատիպումը (sexstereotyping) նույնքան վտանգավոր է, որքան սեռազերակայումը (sex-supremacism):

137. Ավստրալացի, նորգելանդացի և ամերիկացի կենսաէթիկայի երեք ֆեմինիստների՝ Վենդի Ռոջերսի, Անջելա Բալենթայնի և Հիթեր Դրեյֆերի համար պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի դիմելու որոշումը այն հասարակություններում, ուր տղա երեխայի նախապատվությունը ճշացող է, չի կարող լինել ինքնուրույն:<sup>146</sup> Սեռով պայմանավորված աբորտը քայքայում է հասարակության սոցիալական կտավը մի քանի ուղիներով, այդ թվում՝ կանանց դեմ խտրականությունը սնելու, կին գտնելու հնարավորություն չունեցող տղամարդկանց մեծ բանակի արդյունքում սոցիալական և ընտանեկան կապերը քայքայելու, երեխաների և կանանց հանդեպ բռնությունը խրախուսելու միջոցով:<sup>147</sup>
138. Հետաքրքրական է առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության հնարավորության կողմնակիցների և ընդդիմախոսների կարծիքների բախումը ծնողական ինքնության տեսանկյունից: Այսպես, սեռի ընտրության հնարավորության ջատագովներին ի պաշտպանություն Ջոն Հարրիսը հղվում է:<sup>148</sup> Դերեք Փարթիֆի հայտնի «ոչնույնականության փաստարկին»:<sup>149</sup> Հարրիսը Փարթիֆի փիլիսոփայական փաստարկը վերաձևակերպում է հետևյալ կերպ. «վերարտադրողական որոշումները, որոնք ընտրում են ծնվելիք երեխային չեն կարող վնասել երեխային կամ անել այլ բան, քան գործել ի շահ երեխայի բարօրության, բացառությամբ, եթե նման որոշումները ծնում են երեխա, որն ապրելու է այնպիսի կյանքով, որը չարժե ապրել»:
139. Թեև ծնողի ցանկությունը օրինական պատճառ է համարվում երեխա ծնելու համար, նշում է Ռոզալինդ ՄաքԴուգլը, սակայն ծնողին ոչ հարիր ինչ-որ բան կա այն ծնողի մեջ, ով միայն ու միայն իր ծնողական մղումները բավարարելու համար ցանկանում է ծնել երեխա, որի բարգավաճելու հնարավորությունները սահմանափակ են: Երեխայի բարեկեցությունը բացառիկ կարևորություն ունի վերարտադրողական ցանկացած որոշման մեջ: ՄաքԴուգլը պնդում է, թե առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության որոշումը հակաէթիկական է, հենց այն պատճառով, որ չի ընդունվում ծնողի երեխային այնպիսին ինչպես կա «ընդունելու» առաքինության հիման վրա:<sup>150</sup> Ի տարբերություն սեռի ընտրության դեմ բերվող բազմաթիվ փաստարկների, ՄաքԴուգլի տեսությունը չի անդրադառնում ընտրության պարագայում երեխայի ապագային հասցվող վնասներին, այլ շեշտում է ծնողների ներկա գորողությունների բարոյականությունը: Հենց այս փաստարկն է հաճախ բերվում ի պատասխան ոչնույնականության փաստարկի: ՄաքԴուգլը շեշտում է, որ իր մոտեցումը չի նշանակում, թե ծնողները պիտի ընդունեն ցանկացած երեխայի, անկախ նրա բնութագրերից, օրինակ՝ ծանր հիվանդության առկայությունից: Ծնողական այլ առաքինություններ

<sup>145</sup> Berkowitz JM, Snyder J (1998) Racism and sexism in medically assisted conception. *Bioethics*, 12, 25–44:

<sup>146</sup> Doring O. What's in a choice? Ethical, cultural and social dimensions of sex selection in China. *Hum Ontogenet* 2008;2:1–14:

<sup>147</sup> Baird P. Individual interests, societal interests, and reproductive technologies. *Perspect Biol Med* 1996;40:440–51:

Wertz DC, Fletcher JC. *Ethics and Human Genetics: A Cross Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989; Benaglio and Bianchi, *Sex Preselection*, op, cit:

<sup>148</sup> Harris J (2003) Sex selection and regulated hatred. *Journal of Medical Ethics*, 31, 291–294:

<sup>149</sup> Parfit D (1986) *Reasons and persons*. Oxford: Oxford University Press:

<sup>150</sup> McDougall R. Acting parentally: an argument against sex selection. *J Med Ethics*. 2005;31:601-605.

Savulescu J, Dahl E. Sex selection and preimplantation diagnosis. A response to the Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. *Hum Reprod*. 2000;15(9):1879-1880.

կարող են մրցել երեխային ինչպիսին որ կա ընդունելու առաքինության հետ և անգամ գերակա լինել: Երեխաներին անհարկի վնասից պաշտպանելը, օրինակ, ծնողական առաքինություն է, որը կարող է արդարացնել բժշկական ցուցումով ընտրությունը: Հատկանշական է, որ առաքինության էթիկայի նման մեկնաբանությունը մակերեսային փաստարկ է երեխայի սեռի ընտրության խնդրում. այն կարող է «չաշխատել» այնպիսի մշակույթներում, ուր տվյալ սեռի անձ լինելը մեծ բեռ է հենց անձի համար և սեռը ապագա երեխայի բարեկեցությունը հարցականի տակ է դնում:<sup>151</sup>

140. Երեխայի սեռի ընտրության հնարավորության քննադատները նշում են նաև, որ սեռի ընտրությունը միջամտություն է վերարտադրողականության բնական գործընթացին, իսկ ընտրություն կատարող ծնողներն ու այն իրականացնող մասնագետները ստանձնում են «Աստծո անելիքը» (“playing God”):
141. Գիտությունը լիարժեքորեն չի կարողանում դեռևս պատասխանել այն հարցին, թե ինչու է հենց այս կամ այն սպերմատազոիդը բեղմնավորում ձվաբջիջը մյուսներից առաջ. գուցե պատահականության և հավանականության դաշտում է պատասխանը, սակայն պատասխանը կարող է լինել և բնական ընտրության դեռևս չբացահայտված մեխանիզմներից մեկը: Առաջինի դեպքում անհանգստանալու շատ պատճառ չկա, սակայն եթե ճիշտ է երկրորդ պատասխանը, ապա մարդիկ, ըստ էության, թուլացնում են իրենց տեսակը վերահսկելով վերարտադրողականության գործընթացը և խոչընդոտելով էվոլյուցիոն առաջընթացը:
142. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը հարթում է երեխայի այլ հատկանիշներն ընտրելու ուղին: Տեխնոլոգիաները ոչ հեռու ապագայում ծնողներին հնարավորություն կընձեռեն ընտրել ոչ միայն իրենց ապագա երեխայի սեռը, այլև հասակը, աչքերի գույնը, մաշկի երանգը և այլն: Այս առումով երեխայի սեռի ընտրությունը քննարկվում է այն համատեքստում, թե մարդիկ ձգում են ավելի ու ավելի վերահսկել իրենց կյանքի տարբեր հարցերը:<sup>152</sup> Երեխայի սեռի ընտրության քննադատները պնդում են. երեխայի հատկանիշներն ընտրելը սպառողական մոտեցման վատթարագույն դրսևորում է, որը երեխաներին հավասարեցնում է սպառողական ապրանքներին: Նախաբեղմնավորման և նախաիմպլանտացիոն մեթոդները, այս համատեքստում, դիտվում են որպես «դիզայնեռական մանկան» ուղու առաջին քայլեր: Երեխայի սեռի դիմաց վճարելով, մարդիկ, ըստ էության, այս կերպ օգտագործում են դրամն ու տեխնոլոգիաները իրենց մակերեսային ցանկությունները բավարարելու նպատակով: Նման վերաբերմունքը երեխաների հանդեպ՝ հասարակության մեջ նրանց «շուկայականացումը» որոշակիորեն զրկում է նրանց մարդկային էությունն ու ստորացնում արժանապատվությունը: Էթիկայի հանդեպ իրավակենտրոն մոտեցման համաձայն յուրաքանչյուր մարդ արժանապատվություն ունի՝ իր մարդկային բնույթի համաձայն: Յուրաքանչյուրն իրավունք ունի վերաբերմունքի, որը նրան դիտում է որպես նպատակ, այլ ոչ պարզապես միջոց այլ նպատակների համար:<sup>153</sup> Յուրաքանչյուր երեխա արժանապատվություն ունի, որը հարկ է պաշտպանել: Երեխաներին՝ որպես այլ նպատակի հասնելու միջոց, օրինակ՝ որպես ծնողների ցանկությունների իրականացման միջոց օգտագործելը խախտում է երեխայի հիմնարար արժանապատվությունը:<sup>154</sup> Էթիկայի տեսակետից երեխայի հատկությունների ընտրությունը հակասական է և անընդունելի արժանապատվությանը հասցվող վնասի պատճառով նշում են քննադատները հենվելով այսպես կոչված «Կիկոսի մահվան» մոտեցման վրա (“slippery slope”)<sup>155</sup>, մինչդեռ մյուսները շարունակում են պնդել, թե նման հիմնավորմամբ երեխայի հատկությունների, այդ թվում՝ սեռի ընտրության հնարավորությունների սահմանափակումն անթույլատրելի է, քանի որ երեխայի արժանապատվությանը հասցված վնասը ապագա հնարավոր վնաս է, ուստի օրենսդրական սահմանափակումները անհրաժեշտ է քննարկել այն պարագայում, երբ նման վնաս հասցնելու վերաբերյալ բողոքներ կհնչեն ապագայում:
143. Երեխայի սեռի ընտրության քննադատները նշում են նաև, թե այդ նպատակով կատարվող մի շարք միջամտությունների՝ երեխաների սպառնացող առողջական հեռանկարային վտանգները դեռ հստակ չեն, ուստի առանց բժշկական ցուցման նման միջամտության ռիսկերն արդարացված չեն: Թեպետ սպերմայի տեսակավորման տեխնոլոգիան ավելի քան երկու տասնամյակ լայնորեն օգտագործվում է կենդանիների պարագայում, իսկ մարդու դեպքում արդեն իսկ կիրառվում է մի շարք երկրներում, սակայն ԱՄՆ Սննդի և

<sup>151</sup> Strange H, Cesagen. Non-medical sex selection: ethical issues. British Medical Bulletin 2010; 94: 7–20. DOI:10.1093/bmb/ldq002:

<sup>152</sup> B. Engelen and A. Vandevelde. A Defense of Common Sense. Institute for Philosophy (2004). Feb.-Mar. 2007, <http://www.ethical-perspectives.be>:

<sup>153</sup> Santa Clara University. A Framework for Thinking Ethically. <http://www.scu.edu/ethics>:

<sup>154</sup> Benagiano G, Bianchi P. Sex preselection: an aid to couples or a threat to humanity? Hum Reprod 1999;14:868–70:

<sup>155</sup> Wilkinson S. ‘Designer babies’, instrumentalisation and the child’s right to an open future. In: Athanassoulis N, editor. Philosophical reflections on medical ethics. New York: Palgrave Macmillan; 2005:44–69:

Seavillekein V, Sherwin S. The myth of the gendered chromosome: sex selection and the social interest. Camb Q Healthc Ethics 2007;16:7–19:

դեղերի գործակալությունը այն դեռևս չի հաստատել, ինչպես արդեն նշել ենք: Բժշկական ցուցման դեպքում տեխնոլոգիաների կիրառության հետ կապված առողջական ռիսկերն ավելի քան արդարացված և հավասարակշռված են ակնկալվող առողջական օգուտներով: Մի բան հստակ է՝ տեխնոլոգիաները կատարյալ չեն, և սկսած ֆստորոշման ու հետազոտությունների արդյունքներից սխալները հնարավոր են, և թեպետ հազվադեպ, սակայն պատահում են: Իհարկե, այս միայն այս փաստը բավարար չէ պնդելու համար, թե միջամտությունը հակաէթիկական է, ի վերջո, ձվաբջջի դոնորների կողմից առանց իրենց անձի համար որևէ առողջական կամ բժշկական օգուտ ակնկալելը համանման ռիսկերի դիմելն էթիկայի առումով միանգամայն ընդունելի է: Երեխաների համար սեռի ընտրության տարբեր մեթոդների կիրառության հնարավոր երկարաժամկետ առողջական վտանգները դեռևս գնահատվում են:<sup>156</sup> Միաժամանակ, կարևոր է, որ առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության միջամտությունից առաջ կինն իրազեկվի և մանրամասն ու համապարփակ խորհրդատվություն ստանա միջամտության հնարավոր ռիսկերի վերաբերյալ:

144. Քննադատները նշում են ևս մեկ գործոն, որը կապված է Գենդերային ինքնության խախտման (Gender Identity Disorder) հետ, որը սահմանվում է որպես «հակառակ սեռի հետ ինքնանույնականացման ուժեղ, կայուն զգացում, և սեփական սեռով պայմանավորված անհարմարություն»:<sup>157</sup> Մտավոր խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկը (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) այն համարում է մտավոր հիվանդություն, սակայն վերջին հետազոտությունները վկայում են, որ խնդիրը կարող է կենսաբանորեն կամ գենետիկորեն պայմանավորված լինել:<sup>158</sup> Եթե սաղմի սեռը փոխվում է որևէ միջամտության արդյունքում, ապա այն, ըստ էության, երեխայի սեռի նախաձեռնության փոփոխության միջամտություն է: Բնական գործընթացին բժշկական միջամտության արդյունքում որոշ թվով անձինք անխուսափելիորեն տառապելու են գենդերային ինքնության խնդիրներով, ինչը ոչ թե տեսական այլ գործնական վնասի խոսուն օրինակ է, ուստի վնասների առումով անհավասարակշիռ և էթիկապես արդարացված չէ:
145. Ընդդիմախոսները նշում են նաև, թե առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրությունը խախտում է նաև արդարության էթիկական սկզբունքները: Այսպես, մի կողմից սեռի ընտրությունը կարող է հանգեցնել հասարակության մեջ սեռային անհամասնությունների, ինչը խաթարում է սոցիալական կայունությունը: Մյուս կողմից, նշվում է, որ սեռի ընտրության նախաիմպլանտացիոն և նախաբեղմնավորման ծառայությունների սահմանափակ մատչելիությունը սոցիալական անարդարության լրացուցիչ բեռ է հասարակության համար, բևեռացնում և անջրպետում է հասարակությունը:
146. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության բանավեճում ևս մեկ փաստարկ է միջազգային հարթությունը. աշխարհի ցանկացած անկյունում սեռի խտրական ընտրության պրակտիկայի տարածումը հարվածում է կանանց իրավունքներին և ազատություններին ընդհանրապես, որի արդյունքում ահագնանում է առանց այն էլ խոցելի կանանց վնաս հասցնելու անմիջական վտանգը: Այս առումով, անգամ այն երկրները, ուր սեռի խտրական ընտրությունը տարածում չունի, պիտի արձագանքեն այս երևույթին, եթե մտահոգ են կանանց և այլ խոցելի խմբերի բարօրությամբ:
147. Առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության էթիկայի շուրջ բանավեճը չի ավարտվել: Այս բանավեճում նորանոր փաստարկները հաջորդում են մեկը մյուսին: Նոր փաստարկներ են առաջ քաշում թե՛ ընտրության իրավունքի պաշտպանները, թե դրա հակառակորդները: Երկու կողմերն էլ նույնքան համառ են, իսկ նրանց փաստարկներն ավելի ու ավելի տրամաբանական ու համոզիչ: Այս բանավեճը շարունակվելու է առնվազն այնքան, քանի դեռ խորն ու անհարթելի տարաձայնություններ կան անձի և

<sup>156</sup> Katari S, Turan N, Bibikova M, Erinle O, Chalian R, Foster M, et al. DNA methylation and gene expression differences in children conceived in vitro or in vivo. *Hum Mol Genet* 2009;18:3769–78:

Allen VM, Wilson RD, Cheung A, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); Reproductive Endocrinology Infertility Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:220–50. VOL. 103 NO. 6 / JUNE 2015 1421 Fertility and Sterility®:

Gelbaya TA. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Hum Fertil (Camb)* 2010;13:19–27:

Kalra SK, Barnhart KT. In vitro fertilization and adverse childhood outcomes: what we know, where we are going, and how we will get there. A glimpse into what lies behind and beckons ahead. *Fertil Steril* 2011;95:1887–9:

Basille C, Frydman R, El Aly A, Hesters L, Fanchin R, Tachdjian G, et al. Preimplantation genetic diagnosis: state of the art. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145:9–13:

Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2012;18:485–503:

<sup>157</sup> L. Stevens, Gender Identity Disorder. *Psychology Today*. 24 Oct. 2005. *Psychology Today*. Feb.-Mar. 2007, <http://psychologytoday.com>:

<sup>158</sup> Gender Identity Disorder. *Answers.Com*. Feb.-Mar. 2007, <http://www.answers.com/topic/gender-identity-disorder>:

հասարակության համար վնասի ու վտանգավորության հարցերի շուրջ: Բանավեճը շարունակվելու է, քանի դեռ չկա համաձայնություն նաև այն հարցի շուրջ, թե որ վնասներ են բարոյական առումով ավելի նշանակալի:

148. Ու թեև խնդրի իրավական կարգավորումը, որը ձևավորվում է ոչ միայն էթիկայի, այլև խնդրի շուրջ քաղաքական բանավեճի, մասնագիտական ու հանրային կարծիքի, ակադեմիական հայացքների ու փաստական տվյալների, Հայաստանի պարագայում՝ նաև միջազգային կառույցների ազդեցության ներքո, ներկայում հակված է սահմանափակումների միջոցով պայքարել երևույթի վնասների ու վտանգների դեմ, ապագայում կարող է և վերանայվել: Տեխնոլոգիաների սրընթաց ու անկասելի զարգացումը, դրանց տնտեսական կենսունակությունն ու մատչելիությունը կարող են ուղղումներ մտցնել ներկա հայացքներում:
149. Ինչպես նախկինում ամնիոցենտեզին հետազոտությունների հիմնական մասով փոխարինելու եկավ ռադիոլոգիական հետազոտությունը, այնպես էլ ավելի ու ավելի ճշգրիտ, հասանելի և մատչելի է դառնալու ասենք, մատից վերցվող պերիֆերիկ արյան հետազոտությունը, որի օգնությամբ հղիության 6-7 շաբաթներում հնարավոր է կնոջ արյան մեջ առկա պտղային բջիջների ԴՆԹ հատվածների հիման վրա մեծ հավանականությամբ որոշել պտղի սեռը:<sup>159</sup> Նման հետազոտության համար պահանջվող արյունը կարելի է վերցնել անգամ տանը և ուղարկել լաբորատորիա: Առայժմ թանկարժեք այս հետազոտության զարգացման խնդիրը բացառապես ժամանակի խնդիր է, իսկ պահանջարկն ու ձեռներեցները այս և նման այլ հետազոտություններ աստիճանաբար ավելի մատչելի են դարձնում այն: Ժամանակի ընթացքում գրեթե անհնար կլինի լիարժեքորեն հսկել նման հետազոտությունները, որքան խիստ լինեն ընդունվող օրենքները: Ասվածը հավասարապես վերաբերվում է նաև նախաիմպլանտացիոն և նախաբեղմնավորման հետազոտություններին, որոնց հուսալիությունն ու մատչելիությունը ոչ հեռու ժամանակներում էականորեն կբարելավվի:
150. Մերօրյա քննարկումը, սակայն, ապագա ծնողներին առնվազն մի հարցում օգտակար է լինելու հաստատապես. ծնողների ապագա սերունդները ավելի ու ավելի իրազեկ են դառնում առանց բժշկական ցուցման երեխայի սեռի ընտրության պատճառների ու հետևանքների հարցում: Հնարավորություններին ու մարտահրավերներին, խնդրի բարոյական նրբություններին իրազեկ են դառնում նաև ապագայի բուժաշխատողները, որոշում կայացնողները, հասարակական-քաղաքական գործիչները, կարծիք ձևավորողները:

---

<sup>159</sup> Ren CC, Miao XH, Cheng H, et al. Detection of fetal sex in the peripheral blood of pregnant women. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2007; 22(5):377-82:

### III. Պետական քաղաքականության և իրավական կարգավորման հետազոտություն

151. Ուսումնասիրված շուրջ 60 փաստաթղթերի ցանկը ներկայացված է ստորև.

- ՀՀ Սահմանադրություն, այդ թվում՝ փոփոխությունների նախագիծը
- «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք, ՀՕ-42, ընդունվել է 04.03.1996թ., ուժի մեջ է 16.05.1996թ.
- «Երեխայի իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, ՀՕ-59, ընդունվել է 29.05.1996թ., ուժի մեջ է 27.06.1996թ.
- «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, թիվ ՀՕ-474-Ն, ընդունվել է 11.12.2002թ. ուժի մեջ է 07.07.2003
- «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ազգային ռազմավարությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 1000-Ն, ընդունվել է 08.08.2003թ., ուժի մեջ է 04.09.2003թ.
- «2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 44, ընդունվել է 01.10.2015թ.
- «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագիրն ու գործողությունների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 29, ընդունվել է 26.07.2007թ.
- «Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 451-Ն, ընդունվել է 15.04.2010թ., ուժի մեջ է 13.05.2010թ.
- «Գենդերային քաղաքականության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագիրը և Գենդերային քաղաքականության 2011 թվականի միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 19, ընդունվել է 20.05.2011թ.,
- «Ընդդեմ գենդերային բռնության ազգային ծրագրին, ընդդեմ գենդերային բռնության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագրին և ընդդեմ գենդերային բռնության 2011 թվականի միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 23, ընդունվել է 17.06.2011թ.
- «Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության քաղաքականության 2015 թվականի միջոցառումների տարեկան ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 13, ընդունվել է 26.03.2015թ.
- «Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը և դրա ներդրման 2010-2015թթ գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 37, ընդունվել է 10.09.2009թ.
- «Առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 42, ընդունվել է 18.10.2012թ.
- «Նախագորակոչային ու զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման, բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 748-Ն, ընդունվել է 10.07.2008թ., ուժի մեջ է 09.08.2008թ.
- «Սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2000 թվականի օգոստոսի 28-ի թիվ 517 որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 806-Ն, ընդունվել է 25.07.2013թ., ուժի մեջ է 08.08.2013թ.

- «Սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման, ինչպես նաև առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման ու վարման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 375-Ն, ընդունվել է 27.03.2014թ., ուժի մեջ է 17.04.2014
- «2016 թվականի ընթացքում սահմանամերձ առանձին գյուղական համայքների մի խումբ բնակիչների համար վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետության կողմից երաշխավորված կարգով իրականացնելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 1528-Ն, ընդունվել է 24.12.2015թ., ուժի մեջ է 26.12.2015թ.
- «Մանկաբարձանեոնատոլոգիական ստացիոնար բժշկական օգնության կազմակերպման և իրականացման հիմնական սկզբունքները հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 762-Ա, ընդունվել է 27.03.2013թ.
- «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 77-Ն, ընդունվել է 28.11.2013թ., ուժի մեջ է 11.04.2014
- «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 80-Ն, ընդունվել է 29.11.2013թ., ուժի մեջ է 11.04.2014թ.
- «Ծննդաբերության դրդում և խթանում» և «Հղիության դեղորայքային ընդհատում» ցուցումները և իրականացման կարգը» հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 2136-Ա, ընդունվել է 10.09.2014թ.
- «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 318-Ն, ընդունվել է 04.03.2004թ., ուժի մեջ է 08.04.2004թ.
- ««Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության 4.03.2004թ. N318-Ն որոշումը նոր խմբագրությամբ շարադրելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 1515-Ն, ընդունվել է 26.12.2013թ., ուժի մեջ է 30.01.2014թ.
- «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 1116-Ն, ընդունվել է 05.08.2004թ., ուժի մեջ է 02.09.2004թ.
- «Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգը, մեթոդների տարատեսակներն ու բժշկական գործելակերպը սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 214-Ն, ընդունվել է 07.03.2013թ., ուժի մեջ է 30.03.2013թ.
- «Վերարտադրողականության դոնորների, ինչպես նաև վերարտադրողականության դոնոր չհանդիսացող քաղաքացիների կողմից սեռաբջիջների տրամադրման, տրամադրված սեռաբջիջների և սաղմի պահպանման կարգն ու պայմանները հաստատելու և ՀՀ կառավարության 2003 թվականի հոկտեմբերի 2-ի N 1273-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 907-Ն, ընդունվել է 22.08.2013թ., ուժի մեջ է 21.09.2013թ.
- «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգն ու շահառուներին ներկայացվող պահանջները սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 568-Ն, ընդունվել է 27.05.2015թ., ուժի մեջ է 10.07.2015թ.
- «Նախաբեղմնավորման խնամքի և հղիների նախաձեռնյան հսկողության բարելավման, պտղի զարգացման արատների վաղ հայտնաբերման գործելակարգերը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 1007-Ա, ընդունվել է 28.04.2015թ.
- «Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորման մեթոդների ընտրության բժշկական չափանիշները» հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 2202-Ա, ընդունվել է 14.08.2015թ.
- «Բժշկական ամլացումն իրականացնելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 425, ընդունվել է 06.07.1998թ. ուժի մեջ է 27.07.1998թ.



- «Հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019թթ ռազմավարական ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 25, ընդունվել է 17.11.2014թ.
- «Անպտղության պատճառագիտության փնտրողական, ինչպես նաև վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների շրջանակներում կիրառվելիք մեթոդի որոշման նպատակով իրականացվող համալիր հետազոտությունների ցանկը, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով քաղաքացու կողմից ներկայացվող դիմումի ձևը հաստատելու և պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների (արհեստական սերմնավորման և բեղմնավորման) կիրառման բժշկական ցուցումների ցանկը սահմանելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 39-Ն, ընդունվել է 03.07.2015թ. ուժի մեջ է 13.08.2015թ.
- «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին կից էթիկայի կոմիտեի գործունեության կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 3055-Ա , ընդունվել է 26.12.2012թ.
- «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին կից էթիկայի կոմիտե ստեղծելու և կոմիտեի կազմը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, 24 հոկտեմբեր 2012թ., N 2425-Ա և 3093-Ա
- «Սեռական բռնության ենթարկված անձանց բժշկական օգնության կազմակերպման և տրամադրման սկզբունքները. բուժաշխատողների համար կլինիկական ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 2344-Ա, ընդունվել է 26.08.2013թ.
- «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 3, ընդունվել է 29.01.2010թ.
- «Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարությունը և միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 5, ընդունվել է 06.02.2014թ.
- «Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում բուժօգնության կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական չափորոշիչները հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման, թիվ 975-Ա, ընդունվել է 15.06.2010թ.
- «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման» հայեցակարգին և հայեցակարգից բխող միջոցառումների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 21, ընդունվել է 29.05.2013թ.
- «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատման համալիր միջոցառումների իրականացման մասին» ՀՀ վարչապետի հանձնարարական, թիվ 02/14.7/5916-15, 10.04.2015թ.
- «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման 2015-2017 թվականների ծրագիրը և ծրագրի իրականացման միջոցառումները հաստատելու և դրանց իրականացման նպատակով աշխատանքային խումբ ստեղծելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 08.05.2015թ. թիվ N 1129-Ա և ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 13.05.2015թ. թիվ N 75-Ա/1 համատեղ հրաման:
- «Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 50, ընդունվել է 27.11.2014թ.
- «Մինչ հղիության խնամքի կազմակերպման, հղիության նախապատրաստման վարման և առողջության պահպանման ազգային չափորոշիչ»
- «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություն կատարելու մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծ
- «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքում լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքների նախագիծ

- «Առողջապահական ծառայությունների սպառումը Հայաստանում, ԵՄ նորանդամ և ԱՊՀ երկրներում» (2008-2012 թթ.)
- «Նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում. ժողովրդագրական տվյալներ և վերլուծություն», ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամ, 2013թ.
- «Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում» ծրագիր, ՀՀ առողջապահության նախարարության և ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի համագործակցության շրջանակներում, 2014թ.
- Կայուն զարգացման ծրագրի նպատակադրումներ, ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ ֆինանսների նախարարություն.
- Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր 2015-2017թթ. ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն և ՀՀ ֆինանսների նախարարություն:
- Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջության հետազոտություն, Մակրոինտերնեյշնլ, (2000թ., 2005թ., 2010թ.)
- «Առողջապահության ազգային հաշիվ» (2011թ., 2012թ., 2014թ.)
- «Պաշտպանության ոլորտում կանանց ներկայացվածության և մասնակցության հնարավորությունների ընդլայնման հեռանկարը»: Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, Հայկական ժողովրդավարական ֆորում, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամ: 2014թ.

152. «**Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին**» ՀՀ օրենքը (<O-42, ընդունվել է 04.03.1996թ., ուժի մեջ է 16.05.1996թ.) սահմանում է մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացումն ապահովող բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հիմունքները:
153. Օրենքն ամրագրում է բժշկական օգնության և սպասարկման հիմնական տեսակները, մարդու իրավունքները բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման բնագավառում, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների իրավունքները և պարտականությունները, բժշկական օգնության և սպասարկման առանձնակի տեսակները և կազմակերպման ձևերը, բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման ֆինանսավորումը:
154. Օրենքի հոդված 2-ն անդրադառնում է բժշկական օգնության և սպասարկման հիմնական տեսակներին և սահմանում, մասնավորապես, առաջնային բժշկական օգնությունը՝ որպես յուրաքանչյուր մարդու համար անվճար, առավել մատչելի մեթոդների և տեխնոլոգիաների վրա հիմնված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ, որը երաշխավորվում է պետության կողմից և մասնագիտացված բժշկական օգնությունը՝ որպես ախտորոշման և բժշկական առանձնահատուկ մեթոդների ու բարդ բժշկական տեխնոլոգիաների վրա հիմնված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ:
155. Օրենքի հոդված 5-ը անդրադառնում է բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս մարդու իրավունքներին և սահմանում է, մասնավորապես, որ բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի պահանջել բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից, համաձայնություն տալ բժշկական միջամտության համար, հրաժարվել բժշկական միջամտությունից, բացի օրենքով նախատեսված դեպքերից, արժանանալ հարգալից վերաբերմունքի՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից:
156. Օրենքի հոդված 7-ը անդրադառնում է առողջական վիճակի մասին տեղեկություն ստանալու մարդու իրավունքին և սահմանում, մասնավորապես, որ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի մատչելի ձևով ստանալ տեղեկություն իր առողջական վիճակի, հետազոտությունների արդյունքների, բժշկական միջամտության հնարավոր տարբերակների, հետևանքների և բուժման արդյունքների մասին: Սահմանվում է, որ մարդու առողջական վիճակի մասին տեղեկությունը նրա կամքին հակառակ չի կարող հաղորդվել նրան կամ այլ անձանց, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից, իսկ 18 տարին չլրացած կամ օրենքով սահմանված կարգով անգործունակ ճանաչված հիվանդների առողջական վիճակի մասին տեղեկությունները տրվում են նրանց օրինական ներկայացուցիչներին:

157. Օրենքի հոդված 8-ը սահմանում է, որ մարդու համաձայնությունը (գրավոր կամ բանավոր) բժշկական միջամտության համար անհրաժեշտ պայման է, բացի օրենքով նախատեսված դեպքերից: Մասնավորապես սահմանվում է, որ 18 տարին չլրացած կամ օրենքով սահմանված կարգով անգործունակ ճանաչված հիվանդին, ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ հիվանդի վիճակը թույլ չի տալիս արտահայտել իր կամքը, բժշկական միջամտության համար համաձայնությունը տրվում է նրա օրինական ներկայացուցչի կողմից, իսկ օրինական ներկայացուցչի բացակայության դեպքում, եթե բժշկական միջամտությունը հետաձգման ենթակա չէ, բժշկական միջամտության վերաբերյալ որոշումը, ելնելով հիվանդի շահերից, կայացվում է բժշկական խորհրդակցության (կոնսիլիումի), իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի կողմից: Իսկ հոդված 16-ում սահմանվում է նաև առանց մարդու կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու դեպքերն ու պայմանները:
158. Օրենքի հոդված 9-ը անդրադառնում է Մարդու վերարտադրողական իրավունքին: Հոդվածը մասնավորապես սահմանում է, որ յուրաքանչյուր զույգ կամ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի որոշել իր երեխաների թիվը և նրանց ծնվելու ժամկետները, հղիության ընթացքում ստանալ հղիության և ծննդաբերության հետ կապված բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում: Հոդվածն ամրագրում է, որ հղիության արհեստական ընդհատումը և բժշկական ամլացումն իրականացվում են ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով, ինչպես նաև սահմանում, որ յուրաքանչյուր ոք, ներառյալ դեռահասը, իրավունք ունի տեղեկություններ ստանալ իր սեռական առողջության պահպանման հարցերի, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, դրանց բարդությունների և հետևանքների մասին:
159. Օրենքի հոդված 12-ն անդրադառնում է ձերբակալված, կալանավորված և ազատագրվման վայրերում պատիժ կրող անձանց ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքին:
160. Օրենքի հոդված 17-ն անդրադառնում է բժշկական միջամտությունից հրաժարվելու իրավունքին և մասնավորապես սահմանում, որ յուրաքանչյուր ոք կամ նրա օրինական ներկայացուցիչն իրավունք ունի հրաժարվել բժշկական միջամտությունից կամ պահանջել ընդհատել այն, բացի սույն օրենքի 16 հոդվածով նախատեսված դեպքերից:
161. Օրենքի հոդված 19-ը անդրադառնում է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների պարտականություններին և պատասխանատվության և մասնավորապես սահմանում, որ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են ապահովել ցուցաբերվող բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների համապատասխանությունը սահմանված չափանիշներին. ապահովել մարդու բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը, բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից, հոգատար և հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերել հիվանդների նկատմամբ:
162. Օրենքի հոդված 21-ն անդրադառնում է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս նոր դեղերի, մեթոդների, ձևերի, միջոցների կիրառման և կենսաբժշկական հետազոտությունների անցկացման խնդիրներին և մասնավորապես սահմանում, որ ՀՀ-ում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս թույլատրվում է նոր մեթոդների, ձևերի, միջոցների կիրառում՝ ՀՀ կառավարության կողմից սահմանված կարգով:
163. Թեև օրենքում բացակայում է պտղի սեռի խտրական ընտրության հիմնախնդրին անմիջականորեն վերաբերող որևէ դրույթ, այնուամենայնիվ օրենքը լայն հնարավորություններ է ընձեռում կնոջ վրա որևէ ճնշման կամ բռնության հնարավորությունը՝ շրջապատի, այդ թվում՝ ամուսնու կողմից կանխելու առումով, այդ թվում՝ աբորտ իրականացնելու վերաբերյալ որոշում ընդունելու հարցում: **Ուստի առաջարկվում է օրենքի 9-րդ հոդվածում ամրագրել նոր դրույթ, որով կարգվի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումը, բացառություն սահմանելով այն դեպքերի համար, երբ առկա է համապատասխան բժշկական ցուցում:**
164. Օրենքը հնարավորություն է ընձեռնում դեռահասներին տեղեկություններ ստանալ իրենց սեռական առողջության պահպանման հարցերի մասին և պարտավորեցնում է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին՝ ապահովել ցուցաբերվող բժշկական սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների համապատասխանությունը սահմանված չափանիշներին: **Ուստի, առաջարկվում է օրենքի 9-րդ հոդվածում ավելացնել դրույթ, որով անչափահասների համար կընդլայնվի տեղեկություններ ստանալու իրավունքը, մասնավորապես՝ պտղի սեռի խտրական ընտրության**

**հետևանքների և կանխարգելման մասին: Համապատասխանաբար, ցուցաբերվող բժշկական սպասարկման քանակական ու որակական չափանիշներում առաջարկվում է ներառել նաև տեղեկություններ և խորհրդատվություն տրամադրելու ներկայացված ծավալները:**

165. Օրենքը հնարավորություն է ընձեռում բուժաշխատողներին բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս օգտագործել նոր մեթոդներ, այդ թվում՝ խորհրդատվությունը: Այս առումով առաջարկվում է օրենքի 19-րդ հոդվածը լրացնել նոր դրույթով՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների համար սահմանելով նոր պարտավորություն՝ պարզելու հղիության արհեստական ընդհատման պատճառները, տանելու բացատրական աշխատանք կնոջ, ամուսնու, ընտանքի անդամների հետ և «սպասման ժամանակահատվածում» իրականացնելու խորհրդատվական միջոցառումներ ուղղված հղիության արհեստական ընդհատման որոշման փոփոխությանը:
166. «Երեխայի իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը (ՀՕ-59, ընդունվել է 29.05.1996թ., ուժի մեջ է 27.06.1996թ.) սահմանում է երեխայի իրավունքները, պետության, համապատասխան մարմինների և քաղաքացիների պարտականությունները, ինչպես նաև երեխայի իրավունքների պաշտպանության բնագավառում պետական քաղաքականության իրականացման ծրագրային հիմունքները և կարգավորում է դրանց հետ կապված հարաբերությունները:
167. Օրենքը սահմանում է երեխայի հիմնական իրավունքները և դրանց երաշխիքները, երեխայի իրավունքների պաշտպանությունն անբարենպաստ պայմաններում և ծայրահեղ իրավիճակներում, երեխայի իրավունքների պաշտպանության պետական քաղաքականության ծրագրային հիմունքները:
168. Օրենքի «Երեխայի հիմնական իրավունքները և դրանց երաշխիքները» գլխում մասնավորապես սահմանվում է, որ Երեխան գտնվում է հասարակության և պետության հովանավորության ու պաշտպանության ներքո, իսկ որպես երեխա ճանաչվում է 18 տարին չլրացած յուրաքանչյուր ոք, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ նա օրենքով սահմանված կարգով գործունակություն է ձեռք բերում կամ գործունակ է ճանաչվում ավելի վաղ (Հոդված 1): Հոդված 4-ն անդրադառնում է երեխաների իրավահավասարությանը և մասնավորապես ամրագրում, որ երեխաներն ունեն հավասար իրավունքներ՝ անկախ իրենց սեռից, ծննդյան հանգամանքից: Հոդված 5-ում ամրագրվում է, երեխայի կյանքի իրավունքը և պետության պարտավորությունը՝ ստեղծելու անհրաժեշտ պայմաններ երեխայի ապրելու և զարգանալու համար: Հոդված 9-ն անդրադառնում է բռնությունից երեխայի պաշտպանության իրավունքին և մասնավորապես սահմանում, որ յուրաքանչյուր երեխա ունի ամեն տեսակի (ֆիզիկական, հոգեկան և այլ) բռնությունից պաշտպանության իրավունք, և պետությունն ու նրա համապատասխան մարմիններն իրականացնում են երեխայի պաշտպանությունը ցանկացած բռնությունից և նրա իրավունքների և օրինական շահերի այլ ոտնահարումից: Ամրագրվում են նաև երեխայի այլ հիմնական իրավունքները, օրինակ՝ առողջության պահպանման իրավունքը (Հոդված 7), անհրաժեշտ կենսապայմաններ ունենալու իրավունքը (Հոդված 8), ինչպես նաև այդ իրավունքների իրականացման և ապահովման համար երաշխիքները, պետական մարմինների լիազորություններն ու պարտականությունները:
169. «Երեխայի իրավունքների պաշտպանության պետական քաղաքականության ծրագրային հիմունքները» գլխում (Գլուխ IV), մասնավորապես ամրագրվում է, որ երեխայի իրավունքների պաշտպանության աշխատանքներն իրականացվում են երեխայի իրավունքների պաշտպանության տարեկան ծրագրերով, նախանշվում են տարեկան ծրագրի բովանդակությունը և դրա մշակման սկզբունքները, և, մասնավորապես, սահմանվում է, որ տարեկան ծրագիրը ներառում է հիմնական խնդիրները, նախատեսված աշխատանքների ծավալները և իրականացման ժամանակացույցը, կատարման սկզբունքները և նախատեսված աշխատանքների իրականացման առաջնահերթությունները, երեխայի ֆիզիկական, մտավոր և հոգևոր լիարժեք զարգացման համար անհրաժեշտ կենսապայմանների ապահովման չափորոշիչները, ուղղությունները և հեռանկարները. առողջապահական ծառայություններից երեխայի անվճար օգտվելու և նրա առողջության պահպանման միջոցառումները, այլ պայմաններ, որոնք անհրաժեշտ են ծրագրի համակողմանի ներկայացման համար (Հոդված 34):
170. Օրենքում բացակայում է երեխայի սեռով պայմանավորված խտրական որևէ դրույթ, այդ թվում՝ պտղի սեռի խտրական ընտրությանը վերաբերող: Այնուամենայնիվ, խտրականությունը կանխարգելելու, հատկապես՝ սեռով պայմանավորված աբորտների կանխելու նպատակով, առաջարկվում է օրենքի հոդված 5-ում ներառել դրույթ, սահմանելով երեխայի կյանքի իրավունքը՝ սկսած ներարգանդային կյանքի 13 շաբաթից, երբ ավարտվել է նրա օրգանազենեզը:
171. Առաջարկվում է նաև օրենքի Հոդված 34-ում ներառել դրույթ, տարեկան ծրագրի բովանդակությունը և դրա մշակման սկզբունքներում, ի թիվս երեխայի ֆիզիկական, մտավոր և հոգևոր լիարժեք զարգացման համար անհրաժեշտ կենսապայմանների ապահովման չափորոշիչների, ուղղությունների

**և հեռանկարների, ներառել դրույթ, աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորումը պետական ծրագրերի շրջանակներում ապահովելու վերաբերյալ:**

172. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը (թիվ ՀՕ-474-Ն, ընդունվել է 11.12.2002թ. ուժի մեջ է 07.07.2003թ.) կարգավորվում է մարդու վերարտադրողական առողջության պահպանման, վերարտադրողական իրավունքի ապահովման, վերարտադրողականության ոլորտում տեխնոլոգիաների կիրառման կարգի ու պայմանների, ինչպես նաև դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ (Հոդված 1): Օրենքը տարածվում է ՀՀ քաղաքացիների, Հայաստանում բնակվող օտարերկրյա քաղաքացիների և քաղաքացիություն չունեցող անձանց վրա և կիրառվում է այն իրավաբանական անձանց նկատմամբ, որոնց գործունեությունը ՀՀ կապված է մարդու վերարտադրողականության հետ (Հոդված 3):
173. Օրենք սահմանում է վերարտադրողականության հետ կապված մարդու իրավունքները (Հոդված 4), մասնավորապես, ամրագրվում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի կենսական անհրաժեշտության սեռական և վերարտադրողական հետևյալ իրավունքները. ինքնուրույն տնօրինել իր սեռական ու վերարտադրողական կյանքը, եթե դա չի վտանգում այլոց առողջությանը, ընտանիք կազմել, ինքնուրույն որոշել իր երեխաների թիվն ու նրանց ծնվելու ժամկետները և այդ նպատակով ունենալ պտղաբերության կարգավորման ապահով ու արդյունավետ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն, պաշտպանված լինել ճնշման բոլոր ձևերից, այդ թվում՝ սեռական շահագործումից և բռնությունից, հարկադրական հղիությունից, արբորտից, ամլացումից և վերարտադրողականության իրավունքների այլ խախտումներից, ստանալ հավաստի և ամբողջական տեղեկատվություն սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ, այդ թվում՝ պտղաբերության կարգավորման առկա միջոցների և մեթոդների առավելությունների, արդյունավետության և հնարավոր վտանգների վերաբերյալ, ստանալ բժշկական խորհրդատվություն և ծառայություններ սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի շուրջ՝ մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում, օգտվել բարձրորակ բուժկանխարգելիչ ծառայություններից և պաշտպանված լինել առողջության համար վտանգ ներկայացնող մեթոդների, այդ թվում՝ գիտական փորձերի կիրառումից, ինքնուրույն որոշումներ կայացնել սեռական և վերարտադրողական առողջության հետ կապված բժշկական միջամտություններ ստանալիս, բացառությամբ կյանքին սպառնացող շտապ միջամտություն պահանջող իրավիճակների և օրենքով նախատեսված այլ դեպքերի, օգտվել վերարտադրողականության նոր տեխնոլոգիաներից, ներառյալ՝ պտղաբերության կարգավորման ապահով և արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից, ինչպես նաև անպտղության բուժման համար կիրառվող վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից:
174. Դեռահասների վերարտադրողական առողջության պահպանման ուղղությամբ (Հոդված 5), սահմանվում է, մասնավորապես, որ դեռահասներն իրավունք ունեն՝ սեռական դաստիարակության, ինչպես նաև սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման, իրազեկ լինել սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող հարցերին, ունենալ անհրաժեշտ գիտելիքներ հղիության արհեստական ընդհատման, սեռավարակների, այդ թվում՝ մարդու իմունային անբավարարության վարակի (ՄԻԱՎ) կանխարգելման ժամանակակից միջոցների վերաբերյալ, բարյացակամ և մեկուսի պայմաններում ստանալ մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն, անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև բուժօգնություն՝ սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի հետ կապված:
175. Անվտանգ մայրության ապահովման ուղղությամբ օրենքը սահմանում է (Հոդված 6), մասնավորապես, որ մայրությունը և մանկությունը գտնվում են պետության և հասարակության հովանավորության ու պաշտպանության ներքո և աջակցություն ստանալու իրավունք ունեն: Կինն ունի անվտանգ մայրության, այն է՝ հղիության ընթացքում առողջության պահպանման, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանում իր, պտղի առողջությանը և նորածնին նվազագույն ռիսկ պատճառող մեթոդների կիրառմամբ օգնություն ստանալու իրավունք: Հղիության ընթացքում ցանկացած բժշկական միջամտություն կատարվում է կնոջ համաձայնությամբ: Կինն իրավունք ունի հրաժարվել բժշկական միջամտությունից կամ պահանջել ընդհատել այն: Միևնույն ժամանակ սահմանվում է, որ առանց հղի կնոջ համաձայնության, բժշկական հանձնաժողովի որոշմամբ, դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի որոշմամբ, թույլատրվում է իրականացնել բժշկական միջամտություն հղի կնոջ կյանքին սպառնացող վտանգի, ինչպես նաև շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների դեպքերում՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով: Կինն իրավունք ունի հղիության ընթացքում ստանալ հղիության և ծննդաբերության հետ կապված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ պետության երաշխավորած առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

176. Օրենքը սահմանում է, որ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված ամուսնական տարիքի արական և իգական սեռի անձինք իրավունք ունեն իրենց սեռաբջիջները և սաղմը վերարտադրողական նպատակով հանձնել համապատասխան առողջապահական հաստատություններ (Հոդված 7):
177. Սահմանվում է, որ յուրաքանչյուր կին ունի անվտանգ մայրության և անցանկալի հղիությունից ու հղիության արհեստական ընդհատումից խուսափելու նպատակով բեղմնականխման արդյունավետ միջոցներից և (կամ) մեթոդներից օգտվելու իրավունք (Հոդված 9):
178. Օրենքը սահմանում է, որ յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման իրավունք: Հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ դիմումի համաձայն: Հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կարող է կատարվել բժշկասոցիալական ցուցումների դեպքում՝ կնոջ համաձայնությամբ: Հղիության արհեստական ընդհատման անչափահասի դիմումով կատարվում է նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցիչների համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկական հանձնաժողովի արձանագրության հիման վրա: Հղիության արհեստական ընդհատումից առաջ և հետո առողջապահական հաստատությունը կնոջը տրամադրում է անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն՝ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու միջոցների և մեթոդների վերաբերյալ: (Հոդված 10)
179. Օրենքով սահմանվում են ՀՀ թույլատրվող վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաները (Հոդված 11), այդ թվում արհեստական սերմնավորում ամուսնու կամ դոնորական սերմով. արհեստական (արտամարմնական/փորձանոթային) բեղմնավորում ամուսնու կամ դոնորական սերմով և սաղմի ներպատվաստում. դոնորական սաղմի ներպատվաստում փոխնակ մոր արգանդում: Սահմանվում են վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման հետ կապված իրավական հարաբերությունները (Հոդված 12), մասնավորապես, սահմանվում են մարդու վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու իրավունք ունեցողները, նրանք իրավունքները, դոնորների և փոխնակ մայրերի վերաբերյալ տեղեկությունների հաշվառման խնդիրները, ծնողների և տեխնոլոգիաների օգտագործման արդյունքում ծնված երեխայի (երեխաների) միջև իրավական փոխհարաբերությունների կարգավորումը:
180. Սահմանվում է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու իրավունք ունեցող անձանց և փոխնակ մոր կամ հայտնի դոնորի դեպքում փոխհարաբերությունները կարգավորվում են նրանց միջև կնքվող գրավոր պայմանագրերով, որոնք ենթակա են նոտարական վավերացման (Հոդված 13):
181. Սահմանվում են վերարտադրողականության (սեռաբջջի) դոնորությունը (Հոդված 14), փոխնակ մայրությունը (Հոդված 15), կենսաբանական ծնողը (Հոդված 16) դրանց հետ կապված հարաբերությունների կարգավորումը, դոնորի և (կամ) փոխնակ մոր մասին տեղեկությունների հաշվառումը, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման հետ կապված տեղեկությունների գաղտնիության պահպանումը, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման հետ կապված ծառայությունների մատուցման առանձնահատկություններն (Հոդված 19) ու պատասխանատվությունը օրենքի պահանջները խախտելու դեպքում (Հոդված 20):
182. Օրենքն ընդունվելուց հետո, մինչև 2010թ. փոփոխության չի ենթարկվել, ինչը թեևս, պայմանավորված էր, օրենքի մի շարք դրույթների գործնական կիրակման ցածր մակարդակով:
183. 2010թ. հաջորդող տարիների ընթացքում ՀՀ ԱԺ կողմից ընդունվել է օրենքում լրացում և փոփոխություն կատարելու մասին հինգ օրենք, որի արդյունքում օրենքի առանձին հոդվածների կիրառելիությունը բարելավվել է, իրավական կարգավորումը համապատասխանեցվել է բժշկական տեխնոլոգիաների ընթացիկ զարգացումներին և դեղարդյունաբերության ընձեռած հնարավորություններին, մասնավորապես, հղիության ոչ վիրաբուժական, դեղորայքային ընդհատման մասով: Օրենսդրորեն կարգավորվել են վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման ոլորտում մի շարք հարաբերություններ՝ իրականացվող սոցիալ-առողջապահական քաղաքականությանը համահունչ:
184. Մշակվել և հաստատվել են օրենքի հիմնական հոդվածների պահանջներից բխող իրավական բազմաթիվ ակտեր, սահմանված են հիմնական ընթացակարգերը:
185. Պտղի սեռի խտրական ընտրության հիմնախնդրի տեսանկյունից **առաջարկվում է օրենքի Հոդված 5-ում դեռահասների՝ բարյացակամ և մեկուսի պայմաններում մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն ստանալու, անհրաժեշտության դեպքում նաև սեռական հասունացման, սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի հետ կապված բուժօգնություն ստանալու իրավունքը**

**լրացնել դրույթով, սահմանելով՝ պտղի սեռի խտրական ընտրության, դրա հետևանքների և երևույթի կանխարգելման վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու իրավունքը:**

186. Օրենքի Հոդված 3-ում սահմանվում է օրենքի գործունեության ոլորտը, մասնավորապես՝ օրենքը տարածվում է ՀՀ քաղաքացիների, Հայաստանում բնակվող օտարերկրյա քաղաքացիների և քաղաքացիություն չունեցող անձանց վրա և կիրառվում է այն իրավաբանական անձանց նկատմամբ, որոնց գործունեությունը ՀՀ-ում կապված է մարդու վերարտադրողականության հետ: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ Հայաստանում բնակվելու համար օտարերկրյա քաղաքացին պետք է ունենա «Օտարերկրացիների մասին» ՀՀ օրենքով սահմանված կացության կարգավիճակ, ապա Հայաստանում գտնվող, սակայն կացության կարգավիճակ չունեցող օտարերկրյա քաղաքացիների վրա «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի դրույթները, ըստ էության, չեն տարածվում: Բացը լրացնելու նպատակով, **առաջարկվում է շահառուների շրջանակը հստակեցնել՝ դրանում ներառելով նաև ՀՀ-ում գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիներին՝ անկախ կացության կարգավիճակից:**
187. Օրենքում բացակայում են երեխաների շահերի պաշտպանության և հնարավոր հանցագործությունների կանխարգելման երաշխիքներ: Այսպես, օրենքը ամուսնության մեջ չգտնվող օտարերկրյա քաղաքացիներին թույլատրում է ՀՀ-ում օգտվել վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից: **Առաջարկվում է բացառապես օրենքով սահմանված կարգով ամուսնության մեջ գտնվող ՀՀ-ում գտնվող և կացության կարգավիճակ չունեցող անձանց օրենսդրորեն հնարավորություն ընձեռել օգտվելու վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից: Առաջարկվում է նաև սահմանել վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների արդյունքում ծնված երեխաների օրինական իրավունքների և շահերի պաշտպանության իրավական մեխանիզմներ, ապահովել հնարավոր չարաշահումները կանխարգելող իրավական երաշխիքներ, այդ թվում՝ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման արդյունքում ծնված երեխային, մինչև վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտված անձին կամ ամուսիններին հանձնելը, անցկացնել ԴՆԹ-ի թեստ, ինչը հնարավորություն կտա պարզելու, թե արդյոք նշված անձը հանդիսանում է երեխայի կենսաբանական ծնողը (կամ առնվազն ծնողներից մեկը) և դրական արդյունքի դեպքում միայն երեխային հանձնել ծնողներին:**
188. **Առաջարկվում է փոփոխություններ և լրացումներ կատարել օրենքի Հոդված 10-ում՝ ապահովելով պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելումը: Առաջարկվում է օրենքի 10-րդ հոդվածը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.**
- «Հոդված 10. Հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտ)
1. Յուրաքանչյուր կին ունի հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտ) իրավունք: Հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտ), (այսուհետ՝ ընդհատում)՝
- 1) մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը՝ կատարվում է կնոջ գրավոր դիմումի համաձայն: Բժշկական ցուցումների դեպքում ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը իրականացվում է կնոջ գրավոր համաձայնությամբ,
- 2) 12-ից մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը՝ կատարվում է բացառապես բժշկական (ներառյալ սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականության դեպքում) կամ սոցիալական ցուցումների առկայության դեպքում՝ կնոջ գրավոր համաձայնությամբ:
2. Բժշկի կողմից բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների՝ սույն հոդվածի 8-րդ մասով նախատեսված կարգով ընդունված ցանկում չնախատեսված որևէ այլ դեպքում, ներառյալ սեռով պայմանավորված, հղիության 12-ից մինչև 22 շաբաթական ընդհատումն արգելվում է:
3. Ընդհատումը անչափահասի (օրենքով նախատեսված լրիվ գործունակություն ձեռք չբերելու դեպքերում) դիմումով կատարվում է նրա օրինական ներկայացուցիչների գրավոր համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ առողջապահական հաստատության գործադիր մարմնի ղեկավարի համապատասխան ակտով ստեղծված մշտապես գործող բժշկական հանձնաժողովի որոշման հիման վրա:
4. Սույն հոդվածի 1-ին մասի 1-ին կետով նախատեսված դեպքերում ընդհատումից առաջ բժիշկը իրեն դիմած հղի կնոջը պարտավոր է տրամադրել ընդհատման վերաբերյալ վերջնական որոշում կայացնելու ժամանակահատված՝ երեք օրացուցային օր ժամկետով, (իսկ եթե երրորդ օրացուցային օրը համընկնում է հղիության 22-րդ շաբաթը լրանալու օրվան, ապա մինչև այդ ժամկետը լրանալը) որը հաշվվում է կնոջ՝ հղիության արհեստական ընդհատման (աբորտ) համար բժշկին առաջին անգամ դիմելու պահից, ինչի

մասին բժշկի կողմից գրառվում է ընդհատման համար նախատեսված գրանցամատյանում և հաստատվում է կնոջ ստորագրությամբ:

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

6. Ընդհատման բժշկական միջամտությունը իրականացնելուց անմիջապես առաջ բժիշկը պարտավոր է կնոջը տրամադրել անվճար խորհրդատվություն ընդհատման հնարավոր բացասական հետևանքների վերաբերյալ, ինչի մասին բժշկի կողմից գրառվում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում և հաստատվում կնոջ ստորագրությամբ:

7. Ընդհատման բժշկական միջամտությունը իրականացնելուց անմիջապես հետո բժիշկը պարտավոր է կնոջը տրամադրել անվճար բժշկասոցիալական խորհրդատվություն՝ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու միջոցների ընտրության վերաբերյալ, ինչի մասին բժշկի կողմից գրառվում է ընդհատման համար դիմած կնոջ բժշկական փաստաթղթերում և հաստատվում կնոջ ստորագրությամբ:

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

1) ընդհատման հակացուցումները և անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկը,

2) ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկը,

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

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

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

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

189. **Առաջարկվում է նաև լրացումներ կատարել Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքում՝ սահմանելով վարչական պատասխանատվություն և պատժամիջոցներ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենսգրքի խախտման դեպքում:**

190. «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ ազգային ռազմավարությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 1000-Ն, ընդունվել է 08.08.2003թ., ուժի մեջ է 04.09.2003թ.) հենվում է «Պեկին+5» քաղաքական հռչակագրի (Նյու Յորք 2000 թ.), Հազարամյակի հռչակագրի (Նյու Յորք-2000 թ.), Պայքար ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տարածման դեմ (Նյու Յորք-2001 թ.), «Ստեղծենք աշխարհ, որ պիտանի է երեխաների համար (Նյու Յորք-2002 թ.) ծրագրային փաստաթղթերի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական գրասենյակի կողմից հռչակված «Առողջություն բոլորի համար-21-րդ դար», «Վերարտադրողական և սեռական առողջության եվրոպական ռազմավարություն», «Մորից երեխային մարդու իմունասանբավարարության վիրուսի փոխանցման կանխարգելման ռազմավարություն», «Երեխայի և դեռահասների առողջության պահպանման ռազմավարություն» քաղաքական ռազմավարական փաստաթղթերի վրա:

191. Ռազմավարության «Իրավիճակի վերլուծությունը» բաժնում նշվում է, որ լուրջ անհանգստության առիթ է բնակչության ծնելիության և բնական աճի նվազման միտումը: Բնակչության 1000 շնչին ընկնող բնական աճը կրճատվել է ավելի քան 7 (1990-16.3; 2001-2.1), իսկ ծնելիության և պտղաբերության ցուցանիշները՝ 2 և ավելի անգամ: Բռնության հիմնախնդիրը լրացուցիչ ուսումնասիրությունների կարիք ունի: Ընտանեկան բռնության հետևանքները կրկնակի բացասական ազդեցություն ունեն երեխաների առողջության վրա, թե՛ որպես բռնության ուղղակի զոհեր, և թե՛ որպես բռնության փաստի վկաներ: Մայրերի առողջության հիմնախնդիրներում բացասական միտումներն ավելի վառ են արտահայտված, մինչդեռ հայտնի փաստ է, որ առողջ մայրությունն առողջ մանկության նախապայման է: Մայրական մահացության դեպքերը հիմնականում պայմանավորված են կանխարգելիչ պատճառներով՝ արյունահոսություններ, հղիության հիպերտենզիաներ, ինֆեկցիաներ, արբորտներ: Կտրուկ վատացել է հղիների նախաձննդյան հսկողության և խնամքի կազմակերպման գործընթացը՝ շուրջ 2 անգամ կրճատվել է կանանց կոնսուլտացիաների կողմից հղիների վաղ հաշվառման (մինչև հղիության 12 շաբաթական ժամկետը) ցուցանիշը: Նշվում է նաև, որ



վերջին տարիներին, կապված Վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագրի շրջանակներում ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների բարելավման հետ, նկատվել է բորոտների կրճատման միտում: Միևնույն ժամանակ նկատելի է դարձել կանանց խտրականության, բռնության և թրաֆիքինգի հիմնախնդիրների նկատմամբ ոչ պատշաճ ուշադրությունն ու ուսումնասիրման բացակայություն:

192. Ռազմավարությունը սահմանում է ոլորտի հիմնախնդիրները, մասնավորապես՝ դեռահասների համար բարյացակամ և պատշաճ առողջապահական ծառայությունների բացակայությունը. երեխաների հոգեկան առողջության և նրանց նկատմամբ բռնությունների վերաբերյալ տվյալների բացակայությունն ու իրավիճակի գնահատման անհրաժեշտությունը. Կանանց նկատմամբ խտրականության, բռնությունների և թրաֆիքինգի իրավիճակի անբավարար ուսումնասիրությունն ու գնահատում, նպատակային ծրագրերի և ռազմավարության բացակայությունը. երեխաների և մայրերի առողջության պահպանմանն ուղղված ծրագրերի իրականացման գործընթացում արդյունավետ միջգերատեսչական ու միջազգային համագործակցության ապահովման անհրաժեշտությունը:
193. Ռազմավարությունը, մինչև 2015թ. ընկած ժամանակահատվածի համար, սահմանում է Մոր և մանկան առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակները (Գլուխ 3), մասնավորապես՝ երեխաների առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակները. դեռահասների առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակները, որի շրջանակներում ամրագրվում է դեռահասների ֆիզիկական, մտավոր և հոգեկան զարգացմանը, առողջ ապրելակերպի քարոզչությանը և վերարտադրողական առողջության պահպանմանն ուղղված ծրագրերի մշակման և իրագործման անհրաժեշտությունը՝ ապահովելով վերարտադրողական առողջության և իրավունքի վերաբերյալ տեղեկատվության մատչելիությունը բնակչության համապատասխան տարիքային խմբերի համար (մինչև 2009 թ.): Որպես մայրերի առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակ, մասնավորապես սահմանվում է նախածննդյան հսկողության ցուցանիշների կրկնակի բարելավումը, իսկ որպես վերարտադրողական առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակ, մասնավորապես սահմանվում է հղիության արիեստական ընդհատումների կրճատում՝ նվազագույնը 30%-ով:
194. Ռազմավարությունը սահմանում է նպատակների իրագործման համար որդեգրած ուղղությունները (Գլուխ 4), մասնավորապես, կանանց և երեխաների առողջության բարելավմանն ուղղությամբ՝ երեխաների և մայրերի անվճար բժշկական օգնության անհրաժեշտ ծավալների ապահովում՝ պետության կողմից երաշխավորված նպատակային ծրագրերի շրջանակներում. կանանց և երեխաների բժշկական օգնություն իրականացնող ծառայությունների ուժեղացում՝ գյուղական առողջապահության շեշտադրմամբ. երեխաների, մայրերի և կանանց վերարտադրողական առողջության իրավիճակի պարբերական հսկման ու կարիքների գնահատման տեղեկատվական-վերլուծական (մոնիտորինգի) համակարգերի կատարելագործում. բուժօգնության մատչելիության և որակի բարելավում, կարողությունների զարգացում, երեխաների ու կանանց բուժօգնություն իրականացնող բժշկական կադրերի վերապատրաստում, նրանց որակավորման բարձրացման միջոցով գիտելիքների գնահատման համակարգի կատարելագործում, ուսումնական ծրագրերի վերանայում. մայրության նկատմամբ պետական հովանավորության պլանավորում, նպաստների համակարգում գոյություն ունեցող օրենսդրական ակտերի մշակում, որը կխթանի ծնելիության բարձրացմանը, բնական աճի ավելացմանը, անցանկալի հղիությունների թվի նվազեցմանը, հղիների և նրանց երեխաների առողջության պահպանմանը:
195. Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավմանն ուղղությամբ՝ երեխաների նկատմամբ բռնությունների և շահագործման նվազեցման և կանխարգելման ծրագրերի խրախուսում. դեռահասների միջավայրում առողջ ապրելակերպի խրախուսում՝ ծխախոտի, ալկոհոլի, թմրանյութերի օգտագործման կործանարար հետևանքներից պաշտպանելու նպատակով, սեռական դաստիարակության և առողջապահական կրթության ծրագրերի իրականացում, «Դեռահասներին բարեկամ» բժշկական ծառայությունների ցանցի ստեղծում:
196. Մայրական և վերարտադրողական առողջության բարելավմանն ուղղությամբ՝ վերարտադրողական առողջության, այդ թվում՝ անվտանգ մայրության հիմնախնդիրների գերակայության վերահաստատում և ազգային նպատակային ծրագրերի մշակումն ու շարունակական իրագործում. մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության որակի կատարելագործում, պերինատալ ժամանակակից տեխնոլոգիաների ներդրում, ծննդօգնության հաստատությունների նյութատեխնիկական բազայի ամրապնդում. հղիների նախածննդյան խնամքի ուժեղացում, ներարգանդային ավտորոշման բարելավման, շրջձննդյան ապահով և անվտանգ բուժօգնության տրամադրում. կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավում, անցանկալի հղիությունների, սեռավարակների, երկրորդային անպտղության կանխարգելմանն ու նվազեցմանն ուղղված ծրագրերի շարունակական իրագործում և զարգացում. անվտանգ մայրության, սեռավարակների և վերարտադրողական օրգանների նախաքաղցկեղային

հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված առողջ կենսակերպի և անվտանգ սեռական վարքագծի քարոզչություն, այդ հարցերի շուրջ բնակչության իրազեկման բարելավման համակարգի մշակում և ներդրում. հղիների սոցիալ-հոգեբանական և ֆիզիկական նախապատրաստման համակարգի ներդրում. կանանց նկատմամբ խտրականության, բռնությունների, այդ թվում՝ թրաֆիքինգի, կանխարգելման առողջապահական ծրագրերի իրականացում:

197. Ռազմավարությունը սահմանում է մոր և մանկան առողջության պահպանմանն ուղղված նպատակային ծրագրերը (Գլուխ 6), մասնավորապես՝ երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավմանն ուղղված դեռահասների առողջության բարելավման և «բարյացակամ» առողջապահական ծառայությունների ստեղծման ծրագիրը.
198. Մայրական և վերարտադրողական առողջության բարելավմանն ուղղված պերինատալ խնամքի բարելավման, ներառյալ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության/ Միացյալ ազգերի կազմակերպության մանկական հիմնադրամի «Արդյունավետ պերինատալ խնամքի խրախուսման» ծրագրի ներդրումը, ներառյալ՝ նախածննդյան խնամք ապահովող բուժսպասարկման բարելավումը, ներառյալ բնածին արատների վաղ հայտնաբերումը, հղիության բարդությունների կանխումը, նորածին և ծննդկանի բուժօգնության որակի բարելավումը. հղիության արհեստական ընդհատումների (աբորտների) դեմ պայքարի ծրագիրը, ներառյալ՝ արհեստական վիժումների կանխումը, ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների օգտագործման խրախուսումը, անվտանգ սեռական կյանքի քարոզչությունը,
199. Ռազմավարությունը սահմանում է մոր ու մանկան առողջության պահպանման բարելավմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության գնահատման հիմնական ցուցանիշները (Գլուխ 7), մասնավորապես, հղիության արհեստական ընդհատումների ցուցանիշը (1000 պտղաբեր կնոջ հաշվով և 1000 կենդանածնության հաշվով), հղիների վաղ ընդգրկման ցուցանիշը (մինչև 12 շաբաթական՝ 100 հղիի հաշվով),
200. Սահմանվում են նաև ՀՀ կառավարության և պետական կառավարման մարմինների իրավասություններն՝ ըստ կառավարման մակարդակների (Գլուխ 8), մասնավորապես, ՀՀ կառավարության իրավասությունները ներառում են ամենամյա բյուջեում մոր և մանկան առողջության պահպանման ծրագրերի գերակայության ճանաչումը, մայրության, մանկության և վերարտադրողական առողջության հիմնախնդիրներին առնչվող իրավական ակտերի մշակման և հաստատման ընթացակարգի ապահովումը (ՀՀ օրենքներ՝ «Իմունականխարգելման մասին» և «Արհեստական կաթնախառնուրդների մարկետինգի վերաբերյալ միջազգային կոդի վավերացման մասին», ՀՀ կառավարության որոշումներ՝ «ՀՀ բնակչության սննդում օգտագործվող կերակրի աղի պարտադիր յոդացման մասին», «Սեռաբջիջների, այդ թվում՝ դոնորական, և սաղմի պահպանման կարգն ու պայմանները», «Կամավոր բժշկական ամլացման կարգն ու պայմանները», «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները»): ՀՀ առողջապահության նախարարի իրավասություններն ընդգրկում են գերակա ուղղությունների սահմանումը, ծրագրերի ռազմավարական պլանավորումը և մշակումը, գերատեսչական նորմատիվ ակտերի մշակումը, ծրագրերի մշակման և ներդրման գործընթացի կառավարումը: ՀՀ մարզպետների և Երևանի քաղաքապետի իրավասությունը ներառում է պետական և այլ նպատակային ծրագրերի իրագործումը, հսկողությունը, մոր և մանկան առողջության բարելավմանն ուղղված միջոցառումների մշակումը և իրականացումը: Այլ պետական կառավարման մարմինների իրավասությունների շարքում են առողջապահական նպատակային ծրագրերի կայուն ֆինանսավորումը՝ ֆինանսների և էկոնոմիկայի նախարարություն. կանանց և երեխաների սոցիալական պաշտպանությունն ապահովող հատուկ միջոցների նախատեսում և ծրագրերի իրականացում՝ ՀՀ սոցիալական ապահովության նախարարություն:
201. Սահմանվում է նաև, որ մոր և մանկան առողջության պահպանմանն ուղղված ռազմավարության և սահմանված նպատակների իրագործումը հնարավոր է միջազգային և ոչ կառավարական կազմակերպությունների հետ սերտ համագործակցության պայմաններում, որոնք կարող են աջակցել հանրային առողջապահությանն ուղղված ծրագրերի իրականացմանը, բնակչության իրազեկմանը և առողջապահական կրթմանը (կրճքով սնուցում, առողջ ապրելակերպ, սեռական դաստիարակություն, թմրանյութերի, ալկոհոլի, ծխախոտի չարաշահում և այլն), առողջապահական կարևորագույն խնդիրների վերաբերյալ տեղեկատվության տարածմանը, հետազոտությունների կազմակերպմանը, ինչպես նաև բժշկական սպասարկման մատչելիության բարելավմանն ուղղված կարողությունների հզորացմանը:
202. 2003-2015թթ. ռազմավարության իրագործման արդյունքներն ու ձեռքբերումները գնահատվել են միջազգային փորձագետների կողմից՝ Հայաստանի համար Հազարամյակի զարգացման նպատակների (ՀՀՆ) գնահատման շրջանակներում: Ներկայում ՀՀ առողջապահության նախարարությունը մշակում է «Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավման» 2016-2020թթ. ազգային ռազմավարություն և

«Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2016-2020թթ. ազգային ծրագիր, որոնք կառավարություն պետք է ներկայացվեն 2016թ. առաջին կեսին:

203. Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ազգային ռազմավարությունը պտղի սեռի խտրական ընտրության առումով որևէ դրույթ չի պարունակում:

204. **Առաջարկվում է նոր ռազմավարությունների նախագծերում ներառել դրույթներ պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և կանխարգելման հիմնախնդրի վերաբերյալ:** Առաջարկվում է ռազմավարությունների նպատակները ամրագրող բաժիններում սահմանել՝ դեռահասների առողջության պահպանմանն ուղղված առողջ ապրելակերպի քարոզչության և վերարտադրողական առողջության պահպանմանն ուղղված ծրագրերի մշակումն ու իրագործումը՝ ապահովելով վերարտադրողական առողջության և իրավունքի, ինչպես նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման մասին տեղեկատվության մատչելիությունը:

205. **Առաջարկվում է նպատակների իրագործմանն ուղղված գերակա ուղղություններում ներառել՝**

- Կանանց բժշկական օգնություն իրականացնող ծառայությունների հզորացման ուղղությամբ բուժօգնություն իրականացնող բժշկական կադրերի վերապատրաստման, գիտելիքների գնահատման համակարգի կատարելագործման, ուսումնական ծրագրերի վերանայման խնդիրների մեջ ներառել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և կանխարգելման հարցերը:
- Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավմանն ուղղությամբ երեխաների նկատմամբ բռնությունների կանխարգելման, դեռահասների միջավայրում առողջ ապրելակերպի խրախուսման, այդ թվում՝ սեռական դաստիարակության և առողջապահական կրթության ծրագրերում ներառել պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և կանխարգելման հարցերը:
- Մայրական և վերարտադրողական առողջության բարելավմանն ուղղությամբ անվտանգ մայրության հիմնախնդիրների հաղթահարման ուղղությամբ ազգային նպատակային ծրագրերի, կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավմանը, անցանկալի հղիությունների, երկրորդային անպտղության կանխարգելմանն ու նվազեցմանն ուղղված ծրագրերում պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների մասին տեղեկատվության ընդլայնման և դրա կանխարգելմանն ուղղված գործողությունների ներառումը:
- Հղիների սոցիալ-հոգեբանական և ֆիզիկական նախապատրաստման համակարգի ներդրման շրջանակներում պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և կանխարգելման հարցերի ներառումը:
- Կանանց նկատմամբ խտրականության, բռնությունների կանխարգելման առողջապահական ծրագրերի շրջանակներում պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների մասին տեղեկատվության ընդլայնման և դրա կանխարգելմանն ուղղված ծրագրերի ներառումը:

206. **«2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ** (թիվ 44, ընդունվել է 01.10.2015թ.) հավանության են արժանացել և սահմանված կարգով ՀՀ 2016թ. պետական բյուջեի նախագծի կազմում ներկայացվել են ՀՀ Ազգային ժողով 2016 թվականին առողջապահության ոլորտում պետության կողմից իրականացվող թվով 5 նպատակային ծրագրեր, այդ թվում՝ Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2016թ. պետական նպատակային ծրագիրը:

207. Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2016թ. պետական նպատակային ծրագրի նպատակն է 2016 թվականին ապահովել անվտանգ մայրության հովանավորումը, սկրինինգային ծրագրերի իրականացումը, ծննդօգնության և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների անհրաժեշտ ծավալների ու մատչելիության ապահովումը՝ ուղղված մայրական, շուրջծննդյան (պերինատալ) հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների նվազեցմանը, ինչպես նաև կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավմանը:

208. Ծրագիրը սահմանում է ՀՀ 2016 թվականի պետական բյուջեից ֆինանսավորվող միջոցառումները, որոնք ներառում են՝ ա) Երեխաների բժշկական օգնության ուղղությամբ՝ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնությունը, հիվանդանոցային բուժօգնությունը, վերականգնողական-առողջարանային բուժումը, այլ մասնագիտացված բուժօգնությունը, կազմակերպա-մեթոդական գործունեությունը, բ) Մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության ուղղությամբ՝ «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2008-2015թթ. ազգային ծրագրի» շրջանակներում ՀՀ առողջապահության նախարարությանը վերապահված և 2016թ. համար նախատեսված ծրագրերի և միջոցառումների իրականացումը, այդ թվում՝

209. «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2008-2015թթ. ազգային ծրագրի» շրջանակներում ՀՀ առողջապահության նախարարությանը վերապահված և 2016թ. համար նախատեսված ծրագրերն և միջոցառումներն ընդգրկում են՝ Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության գծով՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգի, ընտանեկան բժշկի և մանկաբարձուհու կողմից հղիների հսկողության իրականացումը, նախածննդյան հսկողության ընթացքում հղիներին անհրաժեշտ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացումը, «Հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստումը» ծրագրի շրջանակներում («Մայրական դպրոց») ծառայությունների մատուցումը ծննդօգնության հիվանդանոցային և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական կազմակերպություններում, հղիների մասնագիտացված բուժփորձի դատական օգնության կազմակերպումը մանկաբարձ-գինեկոլոգիական կազմակերպությունների կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկաների կողմից, անցանկալի հղիությունների կանխարգելման և հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատման, ընտանիքի պլանավորման ժամանակակից մեթոդների և բեղմնականխման արդյունավետ միջոցների տարածման միջոցառումների իրականացումը, Հիվանդանոցային բուժօգնության գծով՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգիական ընդհանուր և մասնագիտացված հիվանդանոցային կազմակերպություններում հղի կանանց, հիվանդանոցային բժշկական օգնության ապահովումը, ներառյալ՝ բժշկական և սոցիալական ցուցումներով հղիության արհեստական ընդհատման ապահովումը. հղիների, ըստ անհրաժեշտության նեղ մասնագիտական խորհրդատվական, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության իրականացումը բժշկական նեղ մասնագիտական բժշկական կենտրոնների, միավորումների, համալիրների պոլիկլինիկական (արտահիվանդանոցային) ստորաբաժանումների կողմից՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից սահմանված կարգի. «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարության» շրջանակներում ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից իրագործվող ծրագրերի ներդրման ապահովումը: Կազմակերպա-մեթոդական գործունեության գծով՝ բուժօգնության որակի բարձրացման նպատակով մանկաբարձ-գինեկոլոգիական պրակտիկայում ապացուցողական բժշկության դրույթների վրա հիմնված ուղեցույցների մշակումը և ներդնումը, վերարտադրողական և մայրական առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրերի մշակումն ու ներդնումը, մանկաբարձ-գինեկոլոգիական ծառայության ոլորտի նորմատիվ-իրավական ակտերի և չափորոշիչների ներդրումը, առողջ մայրության, անվտանգ սեռական վարքագծի քարոզչությանն ուղղված հանրային իրազեկման ծրագրերի իրականացումը՝ ազգային ծրագրերի շրջանակներում, առողջ մայրության, հղիության ընդհատման, այդ թվում՝ դեղորայքային, անվտանգության քարոզչությանն ուղղված հանրային իրազեկման ծրագրերի իրականացում՝ ազգային ծրագրերի շրջանակներում, ծննդօգնության պետական հավաստագրի շարունակական ներդրման և մոնիթորինգի կազմակերպական աշխատանքներ.
210. «2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ հաստատվել է նաև 2016 թվականի ՀՀ պետական բյուջեից ֆինանսավորվելիք առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ցանկը: Ցանկում «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2016 թվականի պետական նպատակային ծրագրի» շրջանակներում նախատեսվում է ֆինանսավորել մասնավորապես հետևյալ հետևյալ ծառայությունները՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգիական բժշկական օգնություն, անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում:
211. Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2016թ. պետական նպատակային ծրագիրը պտղի սեռի խտրական ընտրության առումով որևէ անմիջական դրույթ չի պարունակում:
212. Պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման տեսանկյունից **առաջարկվում է «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2008-2015թթ. ազգային ծրագրի» շրջանակներում ՀՀ առողջապահության նախարարությանը վերապահված և 2016թ. համար նախատեսված ծրագրերի և միջոցառումների շարքում, մասնավորապես՝ «Հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստումը» ծրագրի շրջանակներում («Մայրական դպրոց») մատուցվող ծառայությունների և անցանկալի հղիությունների կանխարգելման և հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատման միջոցառումների շարքում ներառել նաև դրույթ պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման անթույլատրելիության ուղղությամբ ծրագրերի և միջոցառումների իրականացման վերաբերյալ:**
213. **Առաջարկվում է նաև կազմակերպա-մեթոդական գործունեության գծով բուժօգնության որակի բարձրացման նպատակով մշակվող և ներդրվող ուղեցույցների ցանկում ներառել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղությամբ բուժաշխատողների կողմից խորհրդատվության**

տրամադրման ուղեցույցի մշակումը և ներդնումը: Առողջ մայրության, հղիության ընդհատման վերաբերյալ քարոզչությանն ուղղված հանրային իրազեկման ազգային ծրագրերի շրջանակներում ներառել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանն ուղղված ծրագրերի ներդրումն ու իրականացումը:

214. «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագրին ու գործողությունների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշումը (թիվ 29, ընդունվել է 26.07.2007թ.) սահմանում է վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007–2015թթ. ազգային ծրագիրն ու գործողությունների ժամանակացույցը: Ծրագիրը համապատասխանում է Հայաստանի առողջապահական ոլորտում վերջին տարիներին տեղի ունեցած բարեփոխումներին և ուղղված է Հայաստանի բնակչության վերարտադրողական առողջության հետ կապված կարիքների ապահովմանը: Ծրագիրը համաձայնացված է պետական ազգային ռազմավարության, հայեցակարգերի ու հանրային առողջության ոլորտում գործող ծրագրերի հետ, ինչպես նաև համահունչ է ԱՀԿ-ի կողմից մշակված «Վերարտադրողական և սեռական առողջություն ու իրավունքների խթանման ռազմավարությանը»:
215. Ազգային ծրագրի «Ամփոփում» բաժնում նշվում է, որ վերարտադրողական առողջության ցուցանիշներով Հայաստանը բավական զիջում է Եվրոպական միջին ցուցանիշներին: Մայրական, պերինատալ և նորածնային մահացության ցուցանիշները գերազանցում են զարգացած երկրների ցուցանիշները: Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մատչելիությունը բնակչության համար սահմանափակ է: Սեռավարակների տարածվածությունը տագնապալի մակարդակի է հասել: Արտագաղթի ուժեղացման և անպտղության մակարդակի բարձրացման պայմաններում ծնելիությունը սաստիկ նվազել է: Աբորտը, որը դեռևս օգտագործվում է որպես ընտանիքի պլանավորման մեթոդ, հաճախ կապված է մեծ ռիսկի հետ, որն էլ ավելի է վատթարացնում վերարտադրողական առողջությունը: Դեռահասների կրթության և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների իրավուքը ամբողջությամբ չի պահպանվում: Ընտանեկան բռնության, սեռական ոտնձգության և թրաֆիքինգի հետևանքներն ամբողջովին չեն գնահատվում:
216. Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007–2015թթ. ազգային ծրագրի նպատակ է սահմանվում ՀՀ ազգաբնակչության սեռական և վերարտադրողական առողջության բարելավումը՝ հնարավորություն տալով նրանց՝ ողջ կյանքի ընթացքում հետամուտ լինելու վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտում իրենց ունեցած իրավունքներին:
217. Ծրագրի շրջանակում վերարտադրողական և սեռական առողջությունը բաժանված է առաջնահերթ ոլորտների, այդ թվում՝ անվտանգ մայրությունը, անվտանգ աբորտ/հղիության արհեստական ընդհատումը, դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջությունը, ներընտանեկան բռնությունը և սեռական ոտնձգությունը:
218. Ծրագիրը, հիմնվելով պաշտոնական վիճակագրական տվյալների վրա, յուրաքանչյուր ոլորտի համար առաջադրում է հատուկ նպատակներ ու նպատակակետեր: Հիմնվելով ցուցանիշների ու առաջարկվող նպատակակետերի վրա առաջադրվում է ծրագրի իրականացման պլան, որն իր մեջ ներառում է ռազմավարական ուղիներին համապատասխան գործողություններ: Մասնավորապես, Ծրագիրը սահմանում է հետևյալ ռազմավարական ուղիները՝ տեղեկատվական բազայի բարելավում՝ առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար. օրենսդրական և կանոնակարգիչ հայեցակարգի բարելավում. առողջապահական համակարգի բարեփոխումների խթանում. ծառայությունների որակի ու հասանելիության բարելավում. բուժաշխատողների վերապատրաստում. առողջության խթանման համակարգի ամրապնդում. մոնիթորինգի, գնահատման և հաշվետվության համակարգի ամրապնդում:
219. «Ներածություն» բաժնում տրվում է Ծրագրում օգտագործվող հասկացությունների պարզաբանումը (կետ 1.3.), որում, մասնավորապես, սահմանվում է, որ՝ ա) Վերարտադրողական առողջությունը լիարժեք ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության վիճակ է և չի կարող սահմանվել պարզապես որպես հիվանդության կամ տկարության բացակայություն. բ) Վերարտադրողական առողջությունը բաղկացած է հետևյալ բաղադրիչներից. սեռական առողջություն (պատասխանատու, հաճելի ու անվտանգ սեռական կյանք), ընտանիքի պլանավորում (վերարտադրման ազատություն, տեղեկատվության, մեթոդների ու ծառայությունների հասանելիություն) և անվտանգ մայրություն (հղիություն ու ծննդաբերություն անվտանգ ու ապահով պայմաններում, առողջ երեխաներ). գ) Սեռական առողջությունը ենթադրում է ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության վիճակ սեռական հարաբերություններում, որը բնութագրվում է ոչ միայն հիվանդության, ֆունկցիայի խանգարման կամ թուլության բացակայությամբ, այլ նաև անվտանգ ու երջանիկ սեռական կյանքով: Այն հիմնվում է

հարկադրումից, բռնությունից կամ խտրականությունից զերծ սեռական հարաբերությունների հանդեպ դրական և հարգալից վերաբերմունքի վրա (ԱՀԿ, 2002թ.):

220. Սահմանվում է, որ վերարտադրողական և սեռական առողջությունը սովորաբար ներառում են հետևյալ ոլորտները. ա) Անվտանգ մայրություն, որը ենթադրում է նախածննդյան խնամք, անվտանգ հղիություն ու ծննդաբերություն, հնարավոր բարդությունների կանխում, ինչպես նաև հետծննդյան խնամք ու խորհրդատվություն, նորածինների առողջության պահպանում և բնածին արատների կանխում: Անվտանգ մայրությունը ենթադրում է մինչբեղմնավորման շրջանի գնահատում, խնամք և կանխատեսելի վտանգների բացառում, անցանկալի կամ խիստ վտանգավոր հղիությունների կանխարգելում, անօրինական և վտանգավոր աբորտների վերացում, մայրական մահացության ու հիվանդացության նվազեցում, նորածինների առողջության բարելավում, տեղեկատվության հասանելիություն, բարձրորակ բուժօգնություն ու օժանդակում՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջաններում (ԱՀԿ, 1994). բ) հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտ) ենթադրում է անվտանգ աբորտի և բարձրորակ բուժօգնության տրամադրման համար անհրաժեշտ պայմանների ապահովում. գ) դեռահասների և երիտասարդների վերարտադրողական առողջությունը ներառում է վերարտադրողական ու սեռական առողջության և անվտանգ սեռական հարաբերությունների վերաբերյալ դեռահասների կրթումը, սեռավարակների ու ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը դեռահասների ու երիտասարդների շրջանում. դ) տղամարդկանց վերարտադրողական և սեռական առողջությունը ենթադրում է հավասար հնարավորություններ՝ տղամարդկանց սեռական և վերարտադրողական առողջության բարելավման և պահպանման համար. ե) ներընտանեկան բռնություն ու սեռական ոտնձգությունը ենթադրում է կանխարգելում և աջակցություն բռնության ու սեռական ոտնձգության զոհերին:
221. Ծրագրի նախաբանում ներկայացվում են երկրի ժողովրդագրական ցուցանիշները, մասնավորապես ամրագրվում է, որ ժողովրդագրական իրավիճակը Հայաստանում բնութագրվում է ծնելիության ցուցանիշի, բնակչության բնական աճի անկմամբ, վերարտադրողական վարքագծի փոփոխություններով (սակավ թվով երեխաներ ունենալու միտում, ընտանիքի անդամների միջին թվի անկում): Հայաստանում հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտ) օրինականացնելուց հետո՝ նկատվել է ծնելիության ցուցանիշի կտրուկ իջեցում (կետ 2.2.): Սոցիալ-տնտեսական ծանր պայմանները, ինչպիսիք են՝ ցածր եկամուտն ու անբավարար կենցաղային պայմանները, սահմանափակում են ցանկալի երեխաների թվաքանակը (կետ 2.3.): 1998թ-ին Հայաստանի կառավարությունը ներմուծել է Հիմնական ծառայությունների փաթեթը (ՀԾՓ)՝ ուղղելով իր սուղ միջոցները դեպի առաջնահերթություն ներկայացնող ոլորտներն ու բնակչության առավել անապահով խավերին սպասարկող ոլորտը: ՀԾՓ-ն սահմանում է պետության կողմից ֆինանսավորվող բնակչությանը մատուցվող հիմնական բուժօժանդակությունները: Յուրաքանչյուր տարի ՀՀ առողջապահության նախարարի որոշումով հրատարակվում են մեթոդական ուղեցույցներ ՀԾՓ յուրաքանչյուր բաղադրիչի վերաբերյալ (օրինակ՝ ուղեցույցներ պետպատվերի շրջանակներում մանկաբարձ-գինեկոլոգիական բուժօգնության և ծառայությունների տրամադրման վերաբերյալ) (կետ 2.5.2.): Ներկայացվում է, որ վերարտադրողական առողջության (ՎԱ) ծառայությունների տրամադրումը Հայաստանում իրականացվում է մանկաբարձ-գինեկոլոգիական բուժօժանդակությունների ցանցի կողմից: ՎԱ և Մոր և մանկան առողջության պահպանման (ՄՄԱ) ծառայությունները տրամադրվում են առողջության պահպանման երեք մակարդակների կողմից, ներառյալ՝ ստացիոնար և ամբուլատոր բուժօժանդակությունները:
222. Ծննդօգնությունը ֆինանսավորվում է հիմնականում պետական բյուջեից, սակայն շարունակում է մնալ անբավարար՝ դեղորայքի, բուժօգնության և սարքավորման կենտրոնացված գնման անբավարարության և բուժաշխատողների ցածր աշխատավարձի պատճառով (կետ 2.6.2.): ՎԱ և ՄՄԱ ծառայություններն առանձնահատուկ ծախսատար են, թերի ծանրաբեռնված՝ չունենալով ծառայություններ տրամադրող բուժաշխատողների գործառույթների հստակ տարբերակում: Մանկաբարձ-գինեկոլոգներն իրավասու են տրամադրելու ՎԱ ծառայությունների մեծ մասը, ներառյալ՝ հղիության խնամքը, հակաբեղմնավորիչ միջոցների տրամադրման և հղիության արհեստական ընդհատման ծառայությունները: Ընտանեկան բժիշկներին թույլատրվել է տրամադրել ՎԱ/ՄՄԱ ոլորտի հիմնական ծառայություններ: Միայն ստացիոնար ծննդատներին է թույլատրվում տրամադրել ծննդօգնության և հղիության արհեստական ընդհատման ծառայություններ, ինչպես նաև առողջության կենտրոններին՝ առանց բարդությունների ընթացող ծննդաբերության դեպքում: Առկա բուժօժանդակությունները հաճախ չեն համապատասխանում որակի չափանիշներին:
223. Նկատելի փոփոխություն է դիտվում առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում, որտեղ աստիճանաբար աճում է ԱԱՊ բուժաշխատողների դերը: Օրինակ՝ Հայաստանում աստիճանաբար ամրապնդվող Ընտանեկան բժշկության ինստիտուտը ապագայում մեծ հեռանկարներ ունի. ընտանեկան

բժիշկները կարող են իրականացնել ՎԱ/ՄՄԱ ոլորտի մի շարք գործառույթներ, որոնք նրանց պետականորեն պաշտոնապես թույլատրված են, օրինակ՝ ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվություն, հիմնական նախաձեռնության խնամք և ուղեգրում, վերարտադրողական համակարգի քաղցկեղի սքրինինգ և այլն (կետ 2.6.3.):

224. «Վերարտադրողական և սեռական առողջության հիմնախնդիրները Հայաստանում» գլխում հակիրճ ներկայացվում են Հայաստանում առկա վերարտադրողական/մայրական/մանկան խնամքի ոլորտի հիմնական առաջնահերթ խնդիրները, մասնավորապես՝ հղիության արհեստական ընդհատման բարձր մակարդակը, անպտղության, հատկապես երկրորդային բարձր ցուցանիշը, Երիտասարդների համար նախատեսված համապատասխան և երիտասարդների-բարյացակամ բուժճառայությունների բացակայությունը, կանանց նկատմամբ խտրականությունների, բռնության և թրաֆիքինգի հարցերով զբաղվող ծրագրերի և ռազմավարությունների բացակայությունը, միջգերատեսչական և միջպետական մակարդակի անբավարար համագործակցություն մոր և մանկան խնամքի ծրագրերի իրականացման ոլորտում:
225. «Վերարտադրողական և սեռական առողջության ներկա իրավիճակը Հայաստանում» բաժնում նշվում է, որ նախորդ տասնամյակների համեմատ ծնունդների ընդհանուր թիվը նվազել է և միջին ընտանիքի չափը՝ փոքրացել: Հայ ընտանիքների 80%-ն ունի երկու երեխա: Վերարտադրողական առողջության ցուցանիշներով Հայաստանը բավական զիջում է Եվրոպական միջին ցուցանիշներին: Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մատչելիությունը բնակչության համար սահմանափակ է: Դեռահասների կրթության և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների իրավունքը ամբողջությամբ չի պահպանվում: Աբորտը, որը դեռևս օգտագործվում է որպես ընտանիքի պլանավորման մեթոդ, հաճախ կապված է մեծ ռիսկի հետ, որն էլ ավելի է վատթարացնում վերարտադրողական առողջությունը: Ընտանեկան բռնության, սեռական ոտնձգության և թրաֆիքինգի հետևանքներն ամբողջովին չեն գնահատվում:
226. Նշվում է, որ մայրական մահացության հիմնական պատճառներից է հղիության արհեստական ընդհատումները: 2005թ-ին հղիության արհեստական ընդհատման հետևանքով գրանցված մայրական մահացության միջին ցուցանիշը կազմել է 5% (<< ԱՆ, 2006թ.): Այս թիվը մի քանի անգամ գերազանցում է զարգացած երկրների ցուցանիշները, որը հստակորեն ցույց է տալիս աբորտից մայրական մահերի կանխարգելման հնարավորությունը (կետ 4.1.):
227. Հայաստանում նախաձեռնության խնամքը իրականացվում է մանկաբարձ-գինեկոլոգների, մանկաբարձուհիների և բուժքույրերի կողմից: Հայաստանի կանանց շուրջ 93%-ը նախաձեռնության շրջանում ստանում է մասնագիտական օգնություն և խնամք: Այդ ծառայությունները քաղաքներում (96%) մի փոքր ավելի հասանելի են քան գյուղերում (89%): Կանանց մեծամասնությունը կատարում է չորս կամ ավելի նախաձեռնության այց: Կանանց կեսից ավելին նախաձեռնության առաջին այցը կատարում է հղիության առաջին եռամսյակում (<ԺԱՀ, 2005թ.) (կետ 4.1.):
228. Հայաստանում հղիության արհեստական ընդհատումը ծնելիության վերահսկման հիմնական միջոցն է: Թեև աբորտով վերջացող հղիությունների մասնաբաժինը 2000թ-ից ի վեր նվազել է 10%-ով, <ԺԱՀ 2005թ.-ի համաձայն բոլոր հղիությունների գրեթե կեսն (45%) ավարտվում է աբորտով: Ընտանիքի պլանավորման արդյունավետ ծառայության բացակայությունը, խորհրդատվության և ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների հասանելիության պակասը այն հիմնական գործոններն են, որոնք հանգեցնում են աբորտների ցուցանիշի բարձրացմանը Հայաստանում (կետ 4.5.):
229. Հայաստանում դեռահաս աղջիկներին վերարտադրողական և սեռական առողջության ծառայություններ են տրամադրում մանկաբարձ-գինեկոլոգները: Հայաստանում ստեղծվել են Երտասարդներին բարյացակամ 12 առողջության կենտրոններ, որտեղ կազմակերպվում են վերապատրաստման դասընթացներ և համայնքի կրթման ծրագրեր դեռահասների, նրանց ծնողների և ուղուցիչների համար: Նշվում է, որ դեռահասներն անտեղյակ են սեռական առողջության հարցերից, քանի որ դպրոցական ծրագրում չկան սեռական դաստիարակության դասեր:
230. << ԱՆ առանձնացրել է երեք կարևոր մարտահրավեր, որոնց հարկավոր է անդրադառնալ երիտասարդների ՎՍԱ կարիքները հոգալու նպատակով. 1) երիտասարդների ՎՍԱ ոլորտի կրթության և խորհրդատվության հանդեպ հասարակության աջակցում և դրական վերաբերմունքի ձևավորում, 2) ուսուցիչների, կրթողների և բուժաշխատողների գիտելիքների, հաղորդակցման և խորհրդատվական հմտությունների բարելավում՝ ՎՍԱ ոլորտին առնչվող հարցերի շուրջ, 3) ՎՍԱ ոլորտի տեղեկատվության, կրթության, երիտասարդներին-բարյացակամ խորհրդատվության և խնամքի, ինչպես նաև մատչելի ծառայությունների հասանելիության ընդլայնում երիտասարդների համար (կետ 4.8.):

231. Համաձայն 1998թ ՀՀ-ում անցկացրած հետազոտության՝ ուսումնասիրվող կանանց 48% ենթարկվել է ֆիզիկական բռնության, 20%՝ սեռական բռնության՝ ներառյալ ամուսնական բռնաբարությունը: Ընտանիքում և հասարակությունում կանանց անհավասար դիրքը խոչընդոտում է նմանատիպ խնդիրներից նրանց պաշտպանվածությանը (կետ 4.11.):
232. «Վերարտադրողական և սեռական առողջության առաջնահերթ խնդիրները 2007-2015թթ. համար» բաժնում ներկայացվում են ծրագրով սահմանվող ռազմավարության հիմնական դրույթները (կետ 5.1.), մասնավորապես՝ ապահովել գենդերային հավասարություն սեռական և վերարտադրողական ծառայությունների ոլորտում. վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտի իրավական և նորմատիվ դաշտը համապատասխանեցնել միջազգային չափանիշներին. զարգացնել/բարեփոխել վերարտադրողական առողջության ծառայությունները՝ արդի գիտության պահանջների համաձայն. խթանել անհատների, համայնքների, հասարակական և հանրային կազմակերպությունների նախաձեռնությունները՝ ուղղված սեռական և վերարտադրողական առողջության բարձր չափանիշների պահպանմանը:
233. Սահմանվում են նաև ռազմավարական այն ոլորտները, որոնցում իրականացվող միջոտությունների և աշխատանքի շնորհիվ հնարավոր է հասնել շոշափելի արդյունքների: Մասնավորապես՝ բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգիչ դաշտը. խթանել առողջապահական համակարգի բարեփոխումները. բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիություն. վերապատրաստել մասնագետներին (կետ 5.2.):
234. «Ռազմավարության նպատակը» բաժնում սահմանվում է, որ ծրագրով սահմանվող ռազմավարության նպատակն է բարելավել ՀՀ ազգաբնակչության սեռական և վերարտադրողական առողջությունը՝ հնարավորություն տալով նրանց՝ ողջ կյանքի ընթացքում հետամուտ լինելու վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտում իրենց ունեցած իրավունքներին, որպեսզի անվտանգ ու ապահով պայմաններում ունենան ցանկալի թվով երեխաներ, զերծ մնան բռնություններից և այլ տեսակի վերարտադրողական և սեռական ոտնձգություններից: Սահմանվում են ռազմավարության հատուկ նպատակներն ու թիրախները՝ ըստ սահմանված ոլորտների և ուղղությունների (կետ 6.1.):
235. Մասնավորապես, անվտանգ մայրության ուղղությամբ (կետ 6.1.1.) առաջադրվում են հետևյալ նպատակները՝ նվազեցնել մայրական մահացությունն ու հիվանդացությունը, ընդլայնել ընդհանուր ազգաբնակչության գիտելիքների մակարդակը՝ հղիությանն ու ծննդաբերությանն առնչվող հարցերի շուրջ: Որպես թիրախներ սահմանվում են՝ արբորտներին վերագրվող մայրական մահացության ցուցանիշը 100 000 կենդանաձնի հաշվով կնվազի 5-ից , հղիության առաջին եռամսյակում առաջին նախաձննդյան խնամքը ստացող հղիների տոկոսը կհասնի մինչև առնվազն 70%-ի:
236. Հակաբեղմնավորման ուղղությամբ (կետ 6.1.2.) առաջադրվում է, մասնավորապես, հետևյալ նպատակը՝ ընդլայնել անհատների և զույգերի գիտելիքները՝ նախընտրած քանակի երեխաներ ունենալու ազատ և տեղեկացված ընտրության իրենց իրավունքի վերաբերյալ, ինչպես նաև խթանել «յուրաքանչյուր երեխա պետք է ցանկալի լինի» կարգախոսը:
237. Անվտանգ արբորտ/հղիության արհեստական ընդհատում (կետ 6.1.4.) ուղղությամբ հատուկ նպատակներից են՝ նվազեցնել հղիության արհեստական արբորտի՝ որպես ծնելիության վերահսկման մեթոդի դերը. նվազեցնել հղիության արհեստական ընդհատման ցուցանիշը: Այդ ուղղությամբ թիրախ է սահմանվում, մասնավորապես՝ հղիության արհեստական ընդհատման ցուցանիշը նվազեցնել մինչև 6՝ 15-49 տարեկան 1000 կանանց հաշվով:
238. Դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջությունը (կետ 6.1.7.) ուղղությամբ հատուկ նպատակներից են՝ բարելավել դեռահասների և երիտասարդների ՎՍԱ օրենսդրական դաշտը, բարձրացնել դեռահասների իմացությունն ու գիտելիքը՝ ՍՎ-ների և ՎՍԱ հարցերի շուրջ, աջակցելով նրանց զարգացնելու կյանքի հմտություններ, որոնք անհրաժեշտ են նման հարցերին բավարար պատասխանատվությամբ վերաբերվելու համար, բարելավել երիտասարդներին բարյացակամ ՎՍԱ ծառայությունների հասանելիությունն ու որակը, ներառյալ՝ երիտասարդների խոցելի խմբերը, նվազեցնել անցանկալի հղիությունների, հղիության արհեստական ընդհատումների և ՍՎ-ների մակարդակը երիտասարդների շրջանում: Որպես թիրախներ սահմանվում են, մասնավորապես՝ մինչև 2015թ. սեռական և վերարտադրողական հարցերի շուրջ տեղեկացված դեռահասների և երիտասարդների տոկոսը կզբաղակցի 85%-ը. մինչև 2015թ. երկրի բոլոր մարզերում կլինի առնվազն մեկ երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայություն. մինչև 2015թ. երիտասարդներին բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների թիվը կավելացվի. մինչև 2010թ. հանրակրթական բոլոր դպրոցներում կներմուծվի ՎՍԱ կրթական ծրագիրը. ընդունել և կիրականացնել սեռական հարցերի և վերարտադրողականության վերաբերյալ կրթական ծրագրեր:



239. Ներընտանեկան բռնություն և սեռական ոտնձգություն (կետ 6.1.9.) ուղղությամբ առաջադրվող նպատակներն են, մասնավորապես՝ նվազեցնել ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերն ու դրանց հետևանքները. ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության զոհերին տրամադրել պաշտպանություն և հատուկ ծառայություններ. ընդլայնել ազգաբնակչության տեղեկացվածության ու կրթության մակարդակը՝ ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության հարցերի շուրջ: Թիրախներից են՝ մինչև 2009թ. իրականացնել ազգային ուսումնասիրություն՝ փաստագրելու ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերի տարածվածությունը, մինչև 2010թ. ընդունել օրենք՝ ընտանեկան բռնության մասին. մինչև 2010թ. ստեղծել 10-12 ծառայություններ՝ ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության զոհերի համար:
240. Տղամարդկանց ՎՍԱ (կետ 6.1.11.) ուղղությամբ որպես հատուկ նպատակներ են սահմանվում, մասնավորապես՝ տղամարդկանց ՎՍԱ ծառայությունների հասանելիությանն ու որակի բարելավումը. ՎՍԱ հարցերի շուրջ տղամարդկանց գիտելիքների ընդլայնումը: Դրանց թիրախային ցուցանիշներն են՝ մինչև 2015թ. բոլոր զինակոչիկները կստանան նյութեր՝ ՎՍԱ վերաբերյալ. տղամարդկանց հասանելի կլինեն ՎՍԱ ծառայությունները:
241. «Իրականացման հայեցակարգը» բաժնում ծրագիրն առաջարկում է հիմնական գործողություններն՝ ըստ ռազմավարական ոլորտի միջամտությունների ՎՍԱ յուրաքանչյուր ոլորտում առաջադրված նպատակներին հասնելու համար:
242. «Անվտանգ մայրություն» (կետ 7.1.) ոլորտում նախատեսվում է, մասնավորապես, բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգող հայեցակարգը՝ վերանայել նախաձեռնության խնամքի ստանդարտ բաղադրիչների սահմանումը, ներառյալ նախաձեռնության այցերի թիվն ու բովանդակությունը՝ գիտական փաստերի համաձայն. վերապատրաստել բուժաշխատողներին՝ վերապատրաստել առողջության առաջնային և երկրորդային պահպանման մակարդակներում ՄՄԱ ծառայություններ տրամադրող բուժաշխատողներին. բարելավել ՄՄԱ ոլորտի նախադիպլոմային կրթության որակը, ներառյալ՝ դասախոսական կազմի գիտելիքների թարմացումը. ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ ազգաբնակչության համար մշակել կրթական-տեղեկատվական նյութեր՝ ՄՄԱ հարցերի շուրջ, ՄՄԱ հարցերի շուրջ կազմակերպել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման քարոզարշավներ:
243. «Դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջություն» (կետ 7.7.) ոլորտում նախատեսվում է բարելավել տեղեկատվական բազան՝ առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար, գնահատել առողջ ապրելակերպի կրթական ծրագրի արդյունավետությունը դպրոցներում. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգիչ հայեցակարգը՝ վերացնել գործող օրենսդրության մեջ առկա հակասությունները դեռահասներին ՎՍԱ ծառայությունների տրամադրման ոլորտում, բուժաշխատողների շրջանում տարածել երիտասարդներին բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների ազգային չափորոշիչները և կլինիկական մեթոդական ցուցումները. խթանել առողջապահական համակարգի բարեփոխումները՝ առողջապահական համակարգում հիմնադրել երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների կենտրոններ. բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիությունը՝ ազգային մակարդակում հաստատել և հազեցնել երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների կենտրոնները. վերապատրաստել մասնագետներին՝ վերապատրաստել բուժաշխատողներին (ներառյալ՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ, դպրոցական բուժքույրեր, ուրոլոգներ, մաշկավեներաբաններ, ռազմական բուժանձնակազմ և այլ մասնագետներ, ովքեր շփվում են դեռահասների հետ) երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մոտեցումների և խորհրդատվական հմտությունների ոլորտում, վերապատրաստել նախա և հետդիպլոմային ուսուցման մեջ գտնվող ուսանողներին՝ երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մոտեցումների ոլորտում/ծրագիրը ներմուծել բժշկական համալսարաններում և քոլեջներում. ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ իրազեկել և կրթել դեռահասներին՝ սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում՝ պատասխանատու ու առողջ վերաբերմունք և վարքագիծ ձևավորելու նպատակով, ակտիվորեն ներգրավել երիտասարդներին՝ բոլոր կրթական և ծառայությունների տրամադրման աշխատանքներում, որոնք նպատակաուղղված են դեռահասների ՎՍԱ բարելավմանը հավասարակիցների կրթության միջոցով, մշակել և իրականացնել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման քարոզարշավներ դեռահասների ՎՍԱ վերաբերյալ:
244. «Ներընտանեկան բռնություն և սեռական ոտնձգություն» (կետ 7.9.) ոլորտում նախատեսվում է բարելավել տեղեկատվական բազան՝ առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար, կատարել ազգային հետազոտություն՝ փաստագրելու ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերի տարածվածությունը, ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության հարցերը ներառել ՀՄԱՀ/ՎՍԱ հետազոտություններում, ստեղծել ազգային տեղեկատվական համակարգ և տվյալների բազա՝ ընտանեկան

և սեռական բռնության բոլոր դեպքերի վերաբերյալ. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգիչ հայեցակարգը՝ ընդունել ընտանեկան և սեռական բռնության չափորոշիչներն ու լայն սահմանումները, ապահովել օրենսդրական և կանոնակարգիչ դաշտ ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերի կանխման համար. բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիությունը՝ ստեղծել ենթակառուցվածք, որտեղ զոհերը կարող են օգնություն և պաշտպանություն գտնել, այդ թվում՝ ներընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության զոհերին հատուկ ծառայությունների տրամադրումը, տրամադրել խորհրդատվական և վերականգնման ծառայություններ՝ ոտնձգություն կատարողներին. վերապատրաստել մասնագետներին՝ վերապատրաստել առողջության առաջնային պահպանման բուժաշխատողներին և այլ մասնագետներին՝ ճանաչելու և վարելու ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերը. խթանել առողջության բարելավումը՝ պատրաստել քարոզարշավներ բարձրացնելու ներընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության վերաբերյալ ազգաբնակչության իրազեկվածությունը, տեղեկացվածությունն ու կրթության մակարդակը բարձրացնելու համար. ամրապնդել մոնիթորինգի, գնահատման և հաշվետվության համակարգը՝ օգտագործել ուսումնասիրությունների, հետազոտությունների արդյունքներն ու տեղեկատվական համակարգի տվյալները՝ այս դեպքերի շուրջ իրազեկվածության բարձրացման, դեպքերի կանխման և վարման համար:

245. «Տղամարդկանց ՎՍԱ» (կետ 7.11.) ոլորտում նախատեսվում է բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգիչ հայեցակարգը՝ մշակել նորմատիվ հայեցակարգ ՎՍԱ հարցերի շուրջ տղամարդկանց խորհրդատվություն ցուցաբերելու համար. բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիությունը՝ ստեղծել ՎՍԱ խորհրդատվության, ախտորոշման և բուժման կենտրոններ տղամարդկանց համար, ամրապնդել ՎՍԱ ոլորտի բուժառայությունները բանակում. վերապատրաստել մասնագետներին՝ վերապատրաստել բժիշկներին՝ տրամադրելու տղամարդկանց ՎՍԱ ոլորտի ծառայություններ, վերապատրաստել բանակի բուժաշխատողներին՝ տրամադրելու տղամարդկանց ՎՍԱ ծառայություններ. ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ մշակել ծրագրեր անիրազեկ տղամարդկանց համար՝ բարձրացնելու տղամարդկանց ՎՍԱ հարցերի շուրջ նրանց տեղեկացվածության և կրթության մակարդակը, մշակել և իրականացնել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման ծրագրեր՝ նպատակաուղղված տղամարկանց ՎՍԱ բարելավմանը, ներառել ՎՍԱ հարցերը բանակի զորակոչիկների կրթական ծրագրում:
246. Մոնիտորիգ և գնահատում բաժնում սահմանվում են վերարտադրողական առողջության ռազմավարության իրականացման համար առաջարկվող հիմնական աշխատանքներն՝ ըստ առաջնահերթությունների, նախատեսվող գործողությունների, պատասխանատուների, իրականացման ժամանակաշրջանի, ֆինանսավորման աղբյուրի և գնի:
247. Մասնավորապես. անվտանգ մայրություն առաջնահերթության շրջանակներում նախատեսվում է. բարելավել տեղեկատվական բազան՝ առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար՝ հավաքել տվյալներ հղիությանն առնչվող գիտելիքների վերաբերյալ. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգող հայեցակարգը՝ թարմացնել նախածննդյան խնամքի ստանդարտ բաղադրիչների սահմանումը, ներառյալ նախածննդյան այցերի թիվն ու բովանդակությունը՝ գիտական փաստերի համաձայն. խթանել առողջապահական համակարգի բարեփոխումները՝ սահմանել ՄՄԱ ծառայությունների տրամադրման ոլորտում աշխատող ԱԱՊ բուժաշխատողների կատարողականի չափորոշիչներն ու հստակ պատասխանատվությունները, վերանայել ՄՄԱ ոլորտում աշխարհող ԱԱՊ բուժաշխատողների աշխատանքի գործառույթները նկարագրող կանոնակարգումների միջև առկա անհամապատասխանությունը. վերապատրաստել բուժաշխատողներին՝ վերապատրաստել առողջության առաջնային և երկրորդային պահպանման մակարդակներում ՄՄԱ ծառայություններ տրամադրող բուժաշխատողներին, բարելավել ՄՄԱ ոլորտի նախադիպլոմային կրթության որակը, ներառյալ՝ դասախոսական կազմի գիտելիքների թարմացումը. ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ ազգաբնակչության համար մշակել կրթական-տեղեկատվական նյութեր՝ ՄՄԱ հարցերի շուրջ, ՄՄԱ հարցերի շուրջ կազմակերպել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման քարոզարշավներ.
248. Դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջություն առաջնահերթության շրջանակներում նախատեսվում է. Բարելավել տեղեկատվական բազան առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար՝ գնահատել առողջ ապրելակերպի կրթական ծրագրի արդյունավետությունը դպրոցներում. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգող հայեցակարգը՝ վերացնել գործող օրենսդրության մեջ առկա հակասությունները՝ դեռահասներին ՎՍԱ ծառայությունների տրամադրման ոլորտում, բուժաշխատողների շրջանում տարածել երիտասարդներին- բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների ազգային չափորոշիչները և կլինիկական մեթոդական ցուցումները. խթանել առողջապահական համակարգի բարեփոխումները՝ առողջապահական համակարգում հիմնադրել երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների կենտրոններ. բարելավել ծառայությունների որակն ու

հասանելիությունը՝ ազգային մակարդակում հաստատել և հագեցնել երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների կենտրոնները. վերապատրաստել բուժաշխատողներին՝ վերապատրաստել բուժաշխատողներին (ներառյալ՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ, դպրոցական բուժքույրեր, ուրոլոգներ, մաշկավեներաբաններ, ռազմական բուժանձնակազմ և այլ մասնագետներ, ովքեր շփվում են դեռահասների հետ) երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մոտեցումների և խորհրդատվական հմտությունների ոլորտում, վերապատրաստել նախա և հետդիպլոմային ուսուցման մեջ գտնվող ուսանողներին՝ երիտասարդներին-բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների մոտեցումների ոլորտում/ծրագիրը ներմուծել բժշկական համալսարաններում և քոլեջներում. Ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ իրագելել և կրթել դեռահասներին՝ սեռական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում՝ պատասխանատու և առողջ վերաբերմունք և վարքագիծ ձևավորելու նպատակով, ակտիվորեն ներգրավել երիտասարդներին՝ բոլոր կրթական և ծառայությունների տրամադրման աշխատանքներում, որոնք նպատակաուղղված են դեռահասների ՎՍԱ բարելավմանը հավասարակիցների կրթության միջոցով, մշակել և իրականացնել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման քարոզարշավներ դեռահասների ՎՍԱ վերաբերյալ, կրթել ծնողներին և ուսուցիչներին դեռահասների ՎՍԱ վերաբերյալ.

249. Ներընտանեկան բռնություն և սեռական ոտնձգություն առաջնահերթության շրջանակներում նախատեսվում է. բարելավել տեղեկատվական բազան՝ առաջնահերթ խնդիրները որոշելու համար՝ կատարել ազգային հետազոտություն՝ փաստագրելու ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերի տարածվածությունը, ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության հարցերը ներառել ՀԺԱՀ/ՎՍԱ հետազոտություններում. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգող հայեցակարգը՝ ընդունել ընտանեկան և սեռական բռնության չափորոշիչներն ու լայն սահմանումները, ապահովել օրենսդրական և կանոնակարգիչ դաշտ՝ ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերի կանխման համար. Բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիությունը՝ ստեղծել ենթակառուցվածք, որտեղ զոհերը կարող են օգնություն և պաշտպանություն գտնել, այդ թվում՝ ներընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության զոհերին հատուկ ծառայությունների տրամադրումը, տրամադրել խորհրդատվական և վերականգնման ծառայություններ՝ ոտնձգություն կատարողներին. Վերապատրաստել բուժաշխատողներին՝ վերապատրաստել առողջության առաջնային պահպանման բուժաշխատողներին և այլ մասնագետներին՝ ճանաչելու և վարելու ընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության դեպքերը. Ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ պատրաստել քարոզարշավներ բարձրացնելու ներընտանեկան բռնության և սեռական ոտնձգության վերաբերյալ ազգաբնակչության իրագելվածությունը, տեղեկացվածությունն ու կրթության մակարդակը բարձրացնելու համար:

250. Տղամարդկանց ՎՍԱ առաջնահերթության շրջանակներում նախատեսվում է. բարելավել օրենսդրական և կանոնակարգող հայեցակարգը՝ մշակել նորմատիվ հայեցակարգ՝ ՎՍԱ հարցերի շուրջ տղամարդկանց խորհրդատվություն ցուցաբերելու համար. բարելավել ծառայությունների որակն ու հասանելիությունը՝ ստեղծել ՎՍԱ խորհրդատվության, ախտորոշման և բուժման կենտրոններ տղամարդկանց համար, ամրապնդել ՎՍԱ ոլորտի բուժառայությունները՝ բանակում. Վերապատրաստել բուժաշխատողներին՝ վերապատրաստել բժիշկներին՝ տրամադրելու տղամարդկանց ՎՍԱ ոլորտի ծառայություններ, վերապատրաստել բանակի բուժաշխատողներին՝ տրամադրելու տղամարդկանց ՎՍԱ ծառայություններ. ամրապնդել առողջության խթանման համակարգը՝ մշակել ծրագրեր անիրագել տղամարդկանց համար՝ բարձրացնելու տղամարդկանց ՎՍԱ հարցերի շուրջ նրանց տեղեկացվածության և կրթության մակարդակը, մշակել և իրականացնել վարքագծի փոփոխությանն ուղղված հաղորդակցման ծրագրեր՝ նպատակաուղղված տղամարդկանց ՎՍԱ բարելավմանը, ներառել ՎՍԱ հարցերը բանակի զորակոչիկների կրթական ծրագրում:

251. «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարությունը և 2007-2015թթ. գործողությունների ծրագիրը» համապարփակ փաստաթուղթ է, որն արտացոլում է վերարտադրողական առողջության հետ կապված Հայաստանում առկա իրավիճակը՝ վիճակագրական ցուցանիշների 1990-2007թթ. և միտումների գնահատմամբ: Նկարագրված են ձեռքբերումները, վեր են հանված հիմնախնդիրները և ուրվագծված են այն ռազմավարական ուղղությունները, որոնց իրագործման պարագայում հնարավոր է բարելավել վերարտադրողական/մայրական առողջությունը հանրապետությունում և ապահովել առաջընթաց այս ոլորտում:

252. 2015թ. իրականացվել է Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարության վերանայում, տրվել են գնահատականներ, ինչպես կանանց առողջության, այնպես էլ առողջապահական համակարգային խնդիրների համատեքստում: Ըստ այդ գնահատականների, ռազմավարության ընդունմանը հաջորդող տարիներին գրանցվել է որոշակի առաջընթաց համակարգային խնդիրների

բարելավման առումով: Եթե այս առաջընթացը զգալի է առողջապահական օրենսդրության և քաղաքականության ոլորտներում, սակայն մարդկային ռեսուրսների հիմնախնդրի բարելավման ուղղությամբ ներդրված ջանքերը դեռևս բավարար չեն այդ հարցի լուծման համար: Շարունակում են օրակարգում մնալ նաև ֆինանսավորման հարցերը: Չնայած բյուջետային հատկացումների շարունակական աճին, այն դեռևս բավարար չէ բուժօգնության հետ կապված իրական կարիքները բավարարելու համար: Գնահատման զեկույցի համաձայն, Ազգային ռազմավարության ընդունմանը հաջորդող ժամանակահատվածում Հայաստանում վերարտադրողական առողջության ոլորտում որոշակի ուղղություններով շարունակվել են դրական զարգացումները, արձանագրվել են իրականացված նպատակային ծրագրերի արդյունքների/ցուցանիշների բարելավման միտումներ: Մասնավորապես, շարունակաբար կրճատվել է մայրական մահացությունը, բարելավվել են հղիների նախաձեննդյան հսկողության ցուցանիշները, զգալի նվազել է հղիության արհեստական ընդհատումների մակարդակը, աճել են ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների օգտագործման ցուցանիշները, կրճատվել է սեռավարակներով հիվանդացության և անպղղության մակարդակը հանրապետությունում: Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրման արդյունքում զգալի բարելավվել է այդ ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների որակը և մատչելիությունը: Միաժամանակ, դրական միտումները բավարար չեն համարվել Հազարամյակի զարգացման նպատակներին հասնելու համար: ՄԱԿ-ի 2015թ. իրականացված փորձագիտական գնահատականները Հայաստանում մայրական մահացության իջեցման ՀՁԼ-5 նպատակը սահմանել են որպես «Դժվար հասանելի»:

253. Փաստաթղթում չկա անմիջական անդրադարձ պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների խնդրին և բացակայում է պտղի սեռի խտրական ընտրությամբ պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատմանը վերաբերող ռազմավարական ուղղությունը:
254. Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարության գնահատման արդյունքների և այդ ոլորտում երկրում առկա իրավիճակի հիման վրա առաջարկվում է մշակել և 2016 թվականին Կառավարության հաստատմանը ներկայացնել վերարտադրողական առողջության բարելավման նոր ազգային ծրագիր՝ 2016-2020թթ. ժամանակահատվածի համար: **Առաջարկվում է նշված նոր ծրագրային փաստաթղթում որպես հիմնախնդիր ներառել սեռի խտրական ընտրության հետ կապված հղիության արհեստական ընդհատումների հարցը, սահմանել այն որպես նոր ժողովրդագրական մարտահրավեր նպատակների, ռազմավարության հիմնական դրույթների, ռազմավարական ոլորտների, հիմնական գործողությունների և միջոցառումներումների ցանկում ներառել խնդրի լուծմանն ուղղված դրույթներ:**
255. **Առաջարկվում է «Անվտանգ մայրություն», «Հակաբեղմնավորում», «Անվտանգ աբորտ/հղիության արհեստական ընդհատում» ռազմավարական ուղղությունների նպատակներում ներառել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության կանգարգելման ուղղությամբ դրույթներ:**
256. **Առաջարկվում է «Դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջությունը» ուղղության նպատակների ցանկում ներառել դեռահասների իմացության և գիտելիքների բարձրացումը նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման ուղղությամբ:**
257. **Առաջարկվում է նաև «Ներընտանեկան բռնություն և սեռական ոտնձգություն» ուղղությամբ նպատակներում ներառել նաև ազգաբնակչության տեղեկացվածության ու կրթության մակարդակի բարձրացումը նաև պտղի սեռով պայմանավորված աբորտները որպես բռնության տեսակի հարցերի շուրջ:**
258. **Առաջարկվում է ռազմավարությամբ սահմանվող հիմնական գործողությունների և միջոցառումների շարքում ներառել բժշկական համալսարանի ուսանողների, կլինիկական օրդինատորների, նախաձեննդյան հսկողություն և խնամք իրականացնող մանկաբարձ-գինեկոլոգների, մանկաբարձուհիների, սոնոգրաֆիստների, ընտանեկան բժիշկների/բուժքույրերի նախա- և հետդիպլոմային ուսուցման ծրագրերի վերանայումը և դրանցում ուսումնական մոդուլների ներառմանը՝ ուղղված արդյունավետ խորհրդատվական հմտությունների զարգացմանը, աբորտների կանխմանը, մերժմանը, բարդություններին և առողջական հետևանքներին, ընդհուպ՝ ընդամիշտ մանկածնման ֆունկցիայի կորստին: Առաջարկվում է մշակել հուզահոգեբանական խորհրդատվության մեթոդաբանության ուսուցման մոդուլներ՝ ուղղված հղիության արհեստական ընդհատմանը և մասնավորապես պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելմանը: Ակնկալվում է, որ վերապատրաստված բուժժառայություն մատուցողները կնպաստեն հուզահոգեբանական այնպիսի միջավայրի ձևավորմանը, ուր շատ ընտանիքներ կիրառվեն սեռով պայմանավորված աբորտ կատարելու մտադրությունից:**

259. Առաջարկվում է ներընտանեկան բռնության ուղղությամբ ազգային հետազոտությունների, ներընտանեկան բռնության վերաբերյալ ազգաբնակչության իրազեկվածության, տեղեկացվածության ու կրթության քարոզարշավների շրջանակում ընդգրկել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետ կապված հարցերը:
260. «Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշմամբ (թիվ 451-Ն, ընդունվել է 15.04.2010թ., ուժի մեջ է 13.05.2010թ.) հաստատվում է ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիրը և ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության միջոցառումների ցանկը:
261. ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագրով ՀՀ առողջապահության համակարգի առջև խնդիր է դրվում բնակչության առողջությունը, որպես հասարակության զարգացման և ազգային անվտանգության գործոն ճանաչելով, առկա միջոցների ու ներուժի պայմաններում, առավելագույնս ապահովել քաղաքացու առողջության պահպանման իրավունքը, ապահովել առողջապահության բնագավառում սոցիալական արդարությունն ու համերաշխությունը, հանրային առողջության անվտանգությունը և ահաբեկչությանը դիմակայելը, նպաստել ծնելիության և կյանքի միջին տևողության ավելացմանը, բարձրացնել պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության մատչելիությունը՝ սկիզբ դնելով ոլորտում սոցիալական և շուկայական արժեքների նպատակաուղղված հավասարակշռմանը: Ծրագրի նպատակ է սահմանվում, մասնավորապես, մոր և մանկան առողջության պահպանումը: Սահմանում է, որ առողջապահության համակարգի ստեղծման հիմնարար ռազմավարական բաղադրիչն է մոր և մանկան առողջության գերապատվությունը, ծնելիության և կյանքի միջին տևողության ավելացմանը նպաստելը, առողջապահության բնագավառի քաղաքականության իրականացմանը բնակչության և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ապահովումը, միջազգային համագործակցությունը:
262. Ծրագրի 4-րդ՝ Վերարտադրողական (մոր և մանկան) առողջության հետ կապված հիմնախնդիրներն ու հակազդեցությունը գլխում վերարտադրողական (մայրական) առողջության բարելավման ուղղությամբ, մասնավորապես, սահմանվում են հետևյալ խնդիրները՝ ապահովել բոլոր հղի կանանց համար բարձրորակ պերինատալ խնամքի հավասար հասանելիություն՝ անկախ բնակչության վայրից և սոցիալական կարգավիճակից, նվազեցնել հղիության արհեստական ընդհատման՝ որպես ծնելիության վերահսկման մեթոդի դերը և ապահովել արհեստական վիժումների իրականացման բազմակողմանի, որակյալ ծառայություններ՝ ներառյալ հետաբորտային խնամքը, բարելավել երիտասարդների, ներառյալ խոցելի խմբերը, համար բարյացակամ վերարտադրողական և սեռական առողջության բարելավմանն ուղղված ծառայությունների հասանելիությունն ու որակը:
263. Ծրագրի 6-րդ՝ «Բժշկական կադրերի պատրաստումը» գլխում որպես բնակչության առողջության անվտանգության ապահովման ուղղությամբ իրականացվող աշխատանքների շրջանակներում կարևորագույն խնդիր է դիտվում, մասնավորապես, հանրապետությունը որակյալ բժշկական կադրերով ապահովելը՝ բժշկական կրթական համակարգի բարելավումը և դրա համապատասխանեցումը եվրոպական չափանիշներին՝ շարունակական կրթության անհրաժեշտության, առողջապահության համակարգի պահանջներին համապատասխան կադրերի վերադասավորման, զբաղվածության խնդիրների լուծման միջոցով:
264. Ծրագրի 8-րդ՝ «Դեղերի շրջանառության ոլորտը» բաժնում նշվում է, որ թույլ կարգավորման պայմաններում դեղերը և կենսաակտիվ հավելումները կարող են սպառնալ բնակչության առողջությանը: Հետևաբար, պահանջվում է հզոր և օրենքով ամրագրված՝ կարգավորող համակարգի առկայություն, որը կապահովի խստագույն վերահսկողություն դրանց կենսացիկլի բոլոր օղակներում՝ ստեղծումից մինչև կիրառում (կետ 18): Ծրագրի ազդեցության ուղղություններից են սահմանվում դեղերի շրջանառության ոլորտին վերաբերող ՀՀ օրենսդրության կատարելագործումը, դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման և համապատասխան միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցության ընդլայնումը, դեղերի մասին տեղեկատվական համակարգի զարգացումը, դեղերի մակնիշման, պիտակավորման, ներդիր-թերթիկի միջոցով տրվող տեղեկատվության պահանջների սահմանումը և դեղերի գովազդի նկատմամբ վերահսկողության իրականացումը, չճշտված ու կողմնակալ տեղեկություններ տարածելու դեմ միջոցների ձեռնարկումը, դեղերի վերաբերյալ բնակչությանն իրազեկման մակարդակի բարձրացումը, դեղաքաղաքականության ոլորտում միջազգային համագործակցության խթանումը (կետ 20):

265. ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության միջոցառումների ցանկը սահմանում է ազգային անվտանգության ռազմավարության ծրագրային դրույթները, նպատակները, միջոցառումները, ֆինանսավորման աղբյուրները, ակնկալվող արդյունքները, կատարման ժամկետներն՝ ըստ ծրագրով սահմանված ոլորտների:
266. Մասնավորապես, վերարտադրողական (մոր և մանկան) առողջության պահպանման միջոցառումների շարքում սահմանվում է ծառայությունների որակի ու հասանելիության, ներառյալ՝ մասնագետների գիտելիքների ու հմտությունների բարելավումը:
267. Դեղերի շրջանառության ոլորտում նախատեսվող գործողությունները ներառում են դեղերի ոլորտի, օրենսդրական ամբողջ դաշտի համապատասխանեցում միջազգային չափանիշներին, հանրապետություն դեղերի ներկրում, արտադրություն, մեծածախ իրացում իրականացնող կազմակերպությունների գործունեությունը կանոնակարգող նորմատիվ իրավական ակտերի մշակումը, դեղերի շրջանառության ոլորտում հանրային իրազեկության բարձրացումը՝ բնակչության շրջանում դեղերի, դրանց կողմնակի ազդեցությունների հետ կապված իրազեկման ծրագրերի, դեղագետների և դեղագործների համար դեղագիտության ժամանակակից պահանջներին համապատասխան տեղեկատուների, ձեռնարկների մշակումը:
268. ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագրով խնդիր է դրվում նպաստել ծնելիության ավելացմանը, որպես նպատակ սահմանվում է, մասնավորապես, մոր և մանկան առողջության պահպանումը, իսկ վերարտադրողական (մայրական) առողջության բարելավման ուղղությամբ, մասնավորապես, որպես խնդիր սահմանում է բոլոր հղի կանանց համար բարձրորակ պերինատալ խնամքի հավասար հասանելիության ապահովումը, հղիության արհեստական ընդհատման նվազեցումը, երիտասարդների համար բարյացակամ վերարտադրողական և սեռական առողջության բարելավմանն ուղղված ծառայությունների հասանելիության ու որակի բարելավումը: Այնուամենայնիվ փաստաթուղթը որևէ կերպ չի դիտարկում պտղի սեռի խտրական ընտրությունը՝ որպես ազգային անվտանգության մարտահրավեր և չի սահմանում դրա կանխարգելման ուղղությամբ խնդիրներն ու միջոցառումները:
269. Առաջարկվում է փաստաթղթի Գլուխ IV-ում («Վերարտադրողական (մոր և մանկան) առողջության հետ կապված հիմնախնդիրներն ու հակազդեցությունը») ավելացնել պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների վերաբերյալ կետ, որտեղ ներկայացնել ներկա իրավիճակը, սահմանել այդ ուղղությամբ խնդիրները:
270. Առաջարկվում է ՀՀ ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գործունեության միջոցառումների ցանկում, մասնավորապես, Վերարտադրողական (մոր և մանկան) առողջության պահպանման միջոցառումների շարքում ներառել գործողություններ ուղղված պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելմանը, դրա հետևանքների և կանխարգելման անհրաժեշտության շուրջ բնակչության իրազեկության բարձրացմանը:
271. «Գենդերային քաղաքականության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագիրը և Գենդերային քաղաքականության 2011 թվականի միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 19, ընդունվել է 20.05.2011թ.) սահմանվում են գենդերային քաղաքականության իրականացման ռազմավարության խնդիրներն ու նպատակները կառավարման ոլորտում և որոշումների ընդունման մակարդակում, սոցիալ-տնտեսական, կրթության, առողջապահության, մշակույթի և հանրային տեղեկատվության, սեռի հատկանիշով բռնության և մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) կանխարգելման ոլորտներում:
272. Փաստաթուղթը սահմանում է ծրագրի խնդիրներն՝ ըստ յուրաքանչյուր ոլորտի: Մասնավորապես, առողջապահության ոլորտում սահմանվում են հետևյալ խնդիրները՝ կանանց վերարտադրողական առողջության, ծննդօգնության բուժհաստատությունների կարողությունների բարելավումը «Առողջ մայրություն» ծրագրի առավել արդյունավետ իրականացման, ամբուլատոր և ստացիոնար ծննդօգնության բուժհաստատությունների կանոնակարգման միջոցով. կանանց և տղամարդկանց առողջության պահպանման հարցերով զբաղվող հասարակական կազմակերպություններին աջակցության ապահովումը. սեռով պայմանավորված ընտրովի աբորտների կանխարգելումը՝ սեռով պայմանավորված ընտրովի աբորտների թվի կրճատման նպատակով:
273. Ռազմավարական ծրագրով սահմանված ժամանակահատվածի ընթացքում, յուրաքանչյուր տարի, ռազմավարական և ազգային ծրագրով նախանշված նպատակներն իրականացնելու համար, ՀՀ կառավարության կողմից հաստատվել են գենդերային քաղաքականության տարեկան ծրագրեր: Դրանցում

ներառված միջոցառումներն ուղղվել են կառավարման ոլորտում և որոշումների ընդունման մակարդակում, սոցիալ-տնտեսական, կրթության, առողջապահության, մշակույթի և հանրային տեղեկատվության ոլորտներում գենդերային հավասարության հաստատմանը:

274. «ՀՀ գենդերային քաղաքականության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագրի» արդյունքների գնահատումն արձանագրում է ՀՀ-ում գենդերային հավասարության իրավիճակի դրական փոփոխություններ՝ կառավարման և որոշումների ընդունման, կրթության, մշակույթ և հանրային տեղեկատվության, առողջապահության, սոցիալ-տնտեսական ոլորտներում: Առողջապահական ոլորտում գենդերային հավասարության ապահովման միջոցառումների հիմքը առողջության պահպանման մարդու սահմանադրական իրավունքի անքակտելիորեն փոխկախվածությունն է պետության գործունեության և առողջապահության ոլորտում իրականացվող քաղաքականության հետ, որի նպատակն է ապահովել և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց համար մատչելի, համապատասխան և արդյունավետ առողջապահական ծառայություններ՝ ուղղված նրանց կարիքներն առավելագույն չափով բավարարելուն: Միջոցառումները ներառում են տղամարդկանց և կանանց վաղաժամ մահվան պատճառ հանդիսացող ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի և կանխարգելման ոլորտում աշխատանքների իրականացում. մեծահասակների և երեխաների անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությունների հասանելիության ու մատչելիության ապահովում՝ հատկապես գյուղական բնակչության համար. «Առողջ մայրություն» ծրագրի ամբուլատոր և ստացիոնար ծննդօգնության բուժհաստատությունների կանոնակարգում, աշխատանքի սկզբունքների մշակում. ծննդօգնության հավաստագրերի ներդրման ծրագրի իրականացման պետական-հասարակական վերահսկողության ապահովում. ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների ցանցի հզորացում. հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ ախտորոշման միջոցառումների ֆինանսավորում. առողջ ապրելակերպի, ծխելու դեմ պայքարի քարոզչության ծրագրերի մշակում և իրականացում:
275. **Առաջարկվում է 2016-2020թթ. ռազմավարական ծրագրի նախագծում ավելացնել դրույթներ՝ գենդերային հավասարության քաղաքականության իրագործման արդյունավետության բարձրացման ուղղությամբ, մասնավորապես՝ պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները կանխարգելելու, ինչպես նաև աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորման վերաբերյալ:**
276. «Ընդդեմ գենդերային բռնության ազգային ծրագրին, ընդդեմ գենդերային բռնության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագրին և ընդդեմ գենդերային բռնության 2011 թվականի միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 23, ընդունվել է 17.06.2011թ.) հաստատվում են Ընդդեմ գենդերային բռնության ազգային ծրագիրը, Ընդդեմ գենդերային բռնության 2011-2015 թվականների ռազմավարական ծրագիրը:
277. Ընդդեմ գենդերային բռնության ազգային ծրագիրը սահմանում է գենդերային բռնության դեմ պայքարի պետական քաղաքականության առաջնահերթ ուղղություններն ու ընդհանուր ռազմավարությունը և ուղղված է հասարակական կյանքի բոլոր ոլորտներում գենդերային բռնության երևույթի կանխարգելմանը:
278. Ծրագիրը նպատակաուղղված է «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի, Պեկինի 4-րդ Համաշխարհային համաժողովի /1995թ./ հանձնարարականների, Եվրախորհրդի Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության հանձնաժողովի փաստաթղթերի, ՄԱԿ-ի Հազարամյակի հոչակագրի պահանջների և Հայաստանի Հանրապետության միջազգային այլ փաստաթղթերով ստանձնած պարտավորությունների կատարմանը:
279. Գենդերային բռնությունը, որպես բռնության ամենատարածված տեսակ, ծրագրում բնութագրվում է որպես սեռով պայմանավորված ֆիզիկական, սեռական, հոգեբանական և տնտեսական բնույթի որևէ բռնության կիրառում և համարվում է մարդու իրավունքների ոտնահարման ձևերից մեկը, քանի որ այն խախտում է մարդու իրավունքներն ու հիմնական ազատությունները:
280. Ծրագրում ներկայացվում են գենդերային բռնության ձևերը, մասնավորապես՝ ընտանիքում տեղի ունեցող ֆիզիկական, սեռական և հոգեբանական բռնությունը, այդ թվում՝ ծեծ, աղջիկ-երեխաների նկատմամբ սեռական ոտնձգություն, օժիտի հետ կապված բռնություն, ամուսնու կողմից բռնաբարություն, կանանց սեռական օրգանների խեղում և կանանց համար վնասակար այլ ավանդապաշտական գործողություններ, ոչ ամուսնական բռնություն և շահագործման հետ կապված բռնություն. հասարակությունում տեղի ունեցող ֆիզիկական, սեռական և հոգեբանական բռնությունը, այդ թվում՝ բռնաբարություն, սեռական շահագործում, սեռական ոտնձգություններ և ճնշման գործադրում աշխատավայրում, ուսումնական հաստատություններում և այլ վայրերում, կանանց թրաֆիքինգ և հարկադրված մարմնավաճառությունը. պետության կողմից իրականացվող կամ հանդուրժվող ֆիզիկական, սեռական, տնտեսական և հոգեբանական բռնությունը, որտեղ էլ որ այն տեղի ունենա (կետ 7):

281. Գենդերային բռնության ձևերին է վերագրվում նաև կանանց իրավունքների ոտնահարումը զինված հակամարտության գոտիներում (սպանություն, պարբերական բռնաբարություններ, սեռական շահագործում, հարկադիր հղիություն): Նույն շարքին են դասվում նաև հարկադիր ստերիլացումը, հղիության պարտադրված ընդհատումը, հակաբեղմնավորիչ միջոցների ստիպողական գործածումը, իգական սեռի նորածինների սպանությունը և պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումը (կետ 8):
282. Ծրագրում ներկայացվում է Հայաստանում գենդերային բռնության և գենդերային խնդիրների վերաբերյալ իրավիճակը, ՀՀ կառավարության կողմից իրականացված քայլերը: Սահմանվում են ՀՀ-ում գենդերային բռնության դեմ պայքարին խոչընդոտող հիմնախնդիրները (կետ 20), այդ թվում՝ հասարակության կողմից հասարակական կյանքի բոլոր ոլորտների, հասարակության բարոյական և արժեքային կողմնորոշումների վրագենդերային բռնության երևույթի ազդեցության թերազնահատումը. գենդերային բռնության վերաբերյալ իրազեկվածության ցածր մակարդակը. գենդերային բռնության երևույթին վերաբերող վիճակագրության հավաքագրման համակարգի անկատար լինելը. գենդերային բռնության կանխարգելմանն ուղղված օրենսդրության և առկա նորմատիվ-իրավական ակտերի իրականացման մշտադիտարկման մեխանիզմների բացակայությունը. գենդերային բռնության բոլոր տեսակներից անձի պաշտպանության իրավական, քաղաքական, վարչական և մշակութային բնույթի կանխարգելման/նախագոյաչական գործողությունների ոչ բավարար լինելը. գենդերային բռնության զոհերի պաշտպանության իրականացման իրավական գործիքների անբավարար կիրառումը. գենդերային բռնության զոհերի, ինչպես նաև բռնություն կատարած անձանց վերականգնման պետական ծրագրերի բացակայությունը:
283. Ծրագրով սահմանվում են գենդերային բռնության դեմ պայքարի նպատակներն ու խնդիրները, մասնավորապես, սահմանվում է, որ ծրագրի նպատակն է նպաստել գենդերային բռնության կրճատմանը ՀՀ-ում (կետ 21)՝ պետական քաղաքականության հիմնական հետևյալ ուղղություններով՝ գենդերային բռնության կանխարգելում, գենդերային բռնության ենթարկված անձանց պաշտպանություն, գենդերային բռնություն կիրառողների հետապնդում (կետ 22):
284. Գենդերային բռնության կանխարգելման խնդիրները ներառում են (կետ 22)՝ գենդերային բռնության դեմ պայքարի վերաբերյալ ՄԱԿ-ի «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» կոնվենցիայի, Պեկինի համաժողովի հիմնական հանձնարարականների, ինչպես նաև ՀՀ կողմից վավերացված միջազգային այլ փաստաթղթերով ստանձնած պարտավորությունների կատարումը. գենդերային բռնության վերաբերյալ տեղեկատվության կառավարման համակարգի, այդ թվում՝ գերատեսչական վիճակագրության և ուսումնասիրությունների միջոցով բռնության ենթարկված անձանց մասին տարբեր աղբյուրներից տեղեկատվության հավաքագրման մեխանիզմի ներդրումը. գենդերային բռնության, սեռական ազատության և անձեռնմխելիության դեմ հանցագործությունների, այդ թվում՝ աշխատավայրում սեռական ոտնձգությունների և այլ չարաշահումների և շահագործման երևույթների ու դրանց տարածվածության, դրանց կանխարգելման, բռնության վերաբերյալ օրենսդրության, բռնություն կիրառողների նկատմամբ կիրառվող պատասխանատվության և պատժամիջոցների, զոհերին աջակցության միջոցների՝ իրավական խորհրդատվության, բուժօգնության և հոգեբանական աջակցության տրամադրման ընթացակարգերի վերաբերյալ հասարակության իրազեկության բարձրացումը. գենդերային բռնությանը նպաստող կարծրատիպերի փոխակերպումը, բռնության երևույթի հանդեպ անհանդուրժողականության միջավայրի ձևավորումը. գենդերային բռնության վերաբերյալ գիտելիքների դասավանդման համար ծրագրային և ուսումնամեթոդական հիմքի ստեղծումը. գենդերային բռնության թեմայի ներառումը մանկավարժական կադրերի վերապատրաստման դասընթացներում և ծնողական կրթություն համակարգում:
285. Գենդերային բռնության ենթարկված անձանց պաշտպանության խնդիրները ներառում են (կետ 23)՝ գենդերային բռնության ենթարկված անձանց իրավական պաշտպանության համակարգի կատարելագործումը. գենդերային բռնության զոհերի և խոցելի խմբերի ներկայացուցիչների իրազեկության ընդլայնումը, այդ թվում՝ նրանց տրամադրվող աջակցության վերաբերյալ. գենդերային բռնության զոհերին տրամադրվող սոցիալական, բժշկական և իրավական աջակցության և ծառայությունների շրջանակի ընդլայնումը և դրանց որակի շարունակական բարձրացումը. գենդերային բռնության կանխարգելման համար պատասխանատու մարմինների, զոհերին աջակցություն տրամադրող և ծառայություններ մատուցող հաստատությունների մասնագիտական աշխատակազմերի կարողությունների շարունակական զարգացումը:



286. Գենդերային բռնություն կիրառողների հետապնդման խնդիրները ներառում են կետ (կետ 24)՝ բռնություն գործադրած անձանց հետապնդման արդյունավետության բարձրացումը. բռնություն գործադրած անձանց սոցիալ-հոգեբանական վերականգնումն ու վերադաստիարակումը:

287. Սահմանվում են ծրագրի իրականացումից ակնկալվող արդյունքները (կետ 25)՝ գենդերային բռնության կանխարգելմանն ուղղված բարեփոխված օրենսդրություն. պետական քաղաքականության մեջ ներդրված գենդերային բռնության կանխարգելմանն ուղղված մոտեցումներ. շահագրգիռ մարմինների սահմանված գործառույթներ և համագործակցության մեխանիզմներ. գենդերային բռնության երևույթն արտացոլող պետական վիճակագրություն և տեղեկատվության հավաքագրման ընթացակարգեր. գենդերային բռնության երևույթը բնութագրող միասնական ցուցանիշների և մոնիտորինգի մեխանիզմներ. գենդերային բռնության ենթարկված անձանց աջակցության տրամադրման սահմանված մեխանիզմներ. կրթական համակարգում ներդրված գենդերային բռնության կանխարգելմանն ուղղված մոտեցումներ. սոցիալական, առողջապահական, կրթական և ոստիկանության համակարգի վերապատրաստված մասնագետներ. գենդերային բռնության երևույթի նկատմամբ հասարակական գիտակցության փոփոխություն:

288. Ընդդեմ գենդերային բռնության 2011-2015թթ. ռազմավարական ծրագրով սահմանվում են ծրագրի ենթանպատակներն ու դրանց իրագործմանն ուղղված գործողությունների ընդհանուր նկարագրերը՝ ըստ սահմանված ընդհանուր նպատակների:

289. Մասնավորապես. «Գենդերային բռնության կանխարգելում» նպատակի համար սահմանվում են հետևյալ ենթանպատակներն ու գործողությունները՝

- ապահովել գենդերային բռնության դեմ պայքարի վերաբերյալ «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի, Պեկինի համաժողովի հիմնական հանձնարարականների, ինչպես նաև ՀՀ կողմից վավերացված միջազգային այլ փաստաթղթերով ստանձնած պարտավորությունների կատարումը՝ ՀՀ ստանձնած պարտավորությունների կատարման վերաբերյալ պարբերական զեկույցների նախապատրաստման և ներկայացման, ՀՀ կողմից վավերացված միջազգային փաստաթղթերի պահանջներին ազգային օրենսդրության համապատասխանեցումն միջոցով.
- ապահովել գենդերային բռնության վերաբերյալ տեղեկատվության կառավարման համակարգի, այդ թվում՝ գերատեսչական վիճակագրության և ուսումնասիրությունների միջոցով բռնության ենթարկված անձանց մասին տարբեր աղբյուրներից տեղեկատվության հավաքագրման մեխանիզմի, մշակումը և ներդրումը, մասնավորապես՝ առողջապահական հաստատություններում, այդ թվում՝ բուժամանկաբարձական կետերում և գյուղական առողջության կենտրոններում գենդերային բռնության հետևանքով առաջացած վնասվածքների հայտնաբերման, հաշվառման, տվյալների լրացման ու հաղորդման ձևերի և ցուցանիշների ինտեգրման համակարգի ներդրման, հասարակական կյանքի տարբեր ոլորտներում բռնության դեպքերի բացահայտմանն ու դրանց պատճառների պարզաբանմանն ուղղված հետազոտությունների և դրանց վերաբերյալ տեղեկատվական հրապարակումների իրականացման, գենդերային բռնության զոհերին աջակցություն տրամադրող կառույցների և դրանց տրամադրած ծառայությունների տվյալների համապարփակ բազայի ստեղծման, գենդերային բռնության զոհերի տվյալների հավաքագրման ընթացակարգերի, միասնական ցուցանիշների և մոնիտորինգի մեխանիզմի վերաբերյալ հիմնախնդրին առնչվող կառույցների մասնագետների վերապատրաստման միջոցով.
- ապահովել գենդերային բռնության, սեռական ազատության և անձեռնմխելիության դեմ հանցագործությունների, դրանց կանխարգելման, բռնության վերաբերյալ օրենսդրության, բռնություն կիրառողների նկատմամբ կիրառվող պատասխանատվության և պատժամիջոցների, զոհերին աջակցության միջոցների՝ իրավական խորհրդատվություն, բուժօգնություն և հոգեբանական աջակցության տրամադրման ընթացակարգերի վերաբերյալ հասարակության իրազեկության բարձրացումը, գենդերային բռնությանը նպաստող կարծրատիպերի փոխակերպումը, բռնության երևույթի հանդեպ անհանդուրժողականության միջավայրի ձևավորումը՝ բռնության և դրա դեմ պայքարի միջոցների վերաբերյալ հանրային քննարկումների, հանդիպումների, տեղեկատվական համապարփակ արշավների իրականացման, առանձին թիրախային խմբերին ուղղված սոցիալական գովազդի, ինչպես նաև հատուկ հաղորդաշարերի ու հաղորդումների հեռարձակման, հասարակության տարբեր խմբերի, այդ թվում երիտասարդների և առավել խոցելի խմբերի շրջանում գենդերային բռնության երևույթի և դրա դեմ պայքարի վերաբերյալ տեղեկատվական նյութերի, մշակման և տարածման, գենդերային բռնության վերաբերյալ կարճամետրաժ ֆիլմերի պատրաստման և հեռարձակման միջոցով.

- ապահովել գենդերային բռնության վերաբերյալ գիտելիքների դասավանդումը և դրա համար անհրաժեշտ ուսումնամեթոդական հիմքի ստեղծումը՝ կրթական ծրագրերում հանրակրթական դպրոցներում «Առողջ ապրելակերպ» դասընթացի անցկացման, առողջության վերաբերյալ թեմաների ներառման միջոցով:

290. «Գենդերային բռնության զոհերին համապարփակ աջակցության տրամադրում գենդերային բռնության ենթարկվածների պաշտպանություն» նպատակի համար սահմանվում են հետևյալ ենթանպատակներն ու գործողությունները՝

- կատարելագործել գենդերային բռնության ենթարկված անձանց իրավական պաշտպանության համակարգը՝ առողջապահական, սոցիալական, հոգեբանական և խորհրդատվական ծառայությունների, ինչպես նաև անհատական և անանուն աջակցության տրամադրման միասնական նվազագույն չափորոշիչների և դրանց պահպանման նկատմամբ վերահսկողության մեխանիզմի մշակման և ներդրման միջոցով.
- ապահովել գենդերային բռնության զոհերի և խոցելի խմբերի ներկայացուցիչների իրազեկվածության ընդլայնումը, այդ թվում՝ նրանց տրամադրվող աջակցության վերաբերյալ՝ բուժհաստատությունների, կրթական և սոցիալական ծառայություն տրամադրող հաստատությունների, ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանումների կողմից գենդերային բռնության և դրա հետևանքների, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, բռնության զոհերին և խոցելի խմբերի ներկայացուցիչներին տրամադրվող աջակցության նվազագույն չափորոշիչների, աջակցություն տրամադրող կառույցների և դրանց մատուցած ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրման միջոցով.
- ընդլայնել գենդերային բռնության զոհերին տրամադրվող սոցիալական, բժշկական և իրավական աջակցության և ծառայությունների շրջանակը և ապահովել դրանց որակի շարունակական բարձրացում՝ բուժհաստատություններում, ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանումներում, սոցիալական ծառայություններ տրամադրող հաստատություններում բռնության դեպքերի ահազանգման ծառայությունների, ինչպես նաև 24-ժամյա հեռախոսային թեժ գծի ստեղծման, բռնության զոհերի համար ժամանակավոր կացարանների և/կամ ապաստարանների ստեղծման և դրանցում տրամադրվող առողջապահական, հոգեբանական, սոցիալական, իրավաբանական և այլ ծառայությունների նվազագույն չափորոշիչների և այդ ծառայությունների նկատմամբ վերահսկողության մեխանիզմների մշակման և ներդրման, առաջնային բուժօգնության ծառայություններում և հիվանդանոցներում բռնության զոհերին շտապ օգնության ծառայությունների մատուցման գործընթացում այլ ոլորտների մասնագետներին (բացի բուժանձնակազմը), այդ թվում՝ սոցիալական աշխատողների և հոգեբանների ներգրավման մեխանիզմների ներդրման միջոցով.
- ապահովել գենդերային բռնության կանխարգելման համար պատասխանատու մարմինների, զոհերին աջակցություն տրամադրող և ծառայություններ մատուցող հաստատությունների մասնագիտական աշխատակազմերի շարունակական կարողությունների զարգացումը՝ բժշկական գննության, ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանումների աշխատակիցների կողմից ընտանիքների ուսումնասիրությունների միջոցով գենդերային բռնության զոհերի բացահայտման չափորոշիչների, հաշվառման, հաղորդման և ուղղորդման ընթացակարգերի և դրանց վերաբերյալ մասնագիտական վերապատրաստման մեթոդաբանության մշակման և ներդրման, գենդերային բռնության զոհերի բացահայտման, հաշվառման, հաղորդման, զոհերին համապատասխան աջակցության տրամադրման և ուղղորդման վերաբերյալ հանրային առողջապահության, կրթության, սոցիալական ոլորտի մասնագետների և ոստիկանների վերապատրաստման դասընթացների կազմակերպման միջոցով:

291. Ազգային ծրագրի իրականացումից ակնկալվող արդյունքները ընդհանրական են ներկայացված:

292. Ռազմավարական ծրագրի մի շարք միջոցառումներ և գործողություններ անուղղակիորեն առնչվում են պտղի սեռի խտրական ընտրության դեմ պայքարին, այդ թվում՝ ՀՀ ստանձնած պարտավորությունների կատարման վերաբերյալ պարբերական զեկույցների նախապատրաստումը և ներկայացումը (կետ 1.1.1.), ազգային օրենսդրության համապատասխանեցում ՀՀ կողմից վավերացված միջազգային փաստաթղթերի պահանջներին, մասնավորապես, «ընտանեկան բռնություն» և «գենդերային բռնություն» հասկացությունների ներառում իրավական ակտերում (կետ 1.1.2.), հասարակական կյանքի տարբեր ոլորտներում բռնության դեպքերի բացահայտմանն ու դրանց պատճառների պարզաբանմանն ուղղված հետազոտությունների և դրանց վերաբերյալ տեղեկատվական հրապարակումների իրականացումը, բռնության և դրա դեմ պայքարի միջոցների վերաբերյալ հանրային քննարկումների, հանդիպումների, տեղեկատվական համապարփակ արշավների իրականացումը, այդ թվում զանգվածային լրատվության միջոցների մասնակցությամբ (կետ 1.3.1.), առանձին թիրախային խմբերին ուղղված սոցիալական

գովազդի, ինչպես նաև հատուկ հաղորդաշարերի ու հաղորդումների հեռարձակում հեռուստատեսության և ռադիոյի միջոցով (կետ 1.3.2.), գենդերային բռնության երևույթի և դրա դեմ պայքարի վերաբերյալ տեղեկատվական նյութերի, մշակումը և տարածումը հասարակության տարբեր խմբերի, այդ թվում երիտասարդների և առավել խոցելի խմբերի շրջանում (կետ 1.3.3.), գենդերային բռնության վերաբերյալ կարճամետրաժ ֆիլմերի պատրաստումը և հեռարձակումը (կետ 1.3.4.), բժշկական գննության, ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանումների աշխատակիցերի կողմից ընտանիքների ուսումնասիրությունների միջոցով գենդերային բռնության զոհերի բացահայտման չափորոշիչների, հաշվառման, հաղորդման և ուղղորդման ընթացակարգերի և դրանց վերաբերյալ մասնագիտական վերապատրաստման մեթոդաբանության մշակումը և ներդրումը (կետ 2.4.1.), գենդերային բռնության զոհերի բացահայտման, հաշվառման, հաղորդման, զոհերին համապատասխան աջակցության տրամադրման և ուղղորդման վերաբերյալ հանրային առողջապահության, կրթության, սոցիալական ոլորտի մասնագետների և ոստիկանների համար վերապատրաստման դասընթացների կազմակերպումը (կետ 2.4.2.), տեղական ինքնակառավարման մարմինների ներկայացուցիչների, համայնքային ծառայողների և լրագրողների շրջանում գենդերային բռնության հիմնախնդիրների վերաբերյալ իրազեկման աշխատանքների իրականացումը (կետ 2.4.4.):

**293. Առաջարկվում է 2016-2020թթ. ռազմավարական ծրագրում ավելացնել դրույթներ՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման ուղղված ծրագրերի իրականացումը շարունակելու, պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու, պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումները որպես գենդերային բռնության վատթար դրսևորում կանխարգելելու, ինչպես նաև աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորումը խթանելու վերաբերյալ:**

294. «Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության քաղաքականության 2015 թվականի միջոցառումների տարեկան ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշումը (թիվ 13, ընդունվել է 26.03.2015թ.) սահմանում է միջոցառման անվանումը, ակնկալվող արդյունքները, կատարողներին և համակատարողներին, միջոցառումների իրականացման ժամկետներն ու ֆինանսական ապահովումը:

295. Մասնավորապես, կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության մշտադիտարկման և գնահատման, գործընկերային հարաբերությունների բարելավման մեխանիզմների ներդրմանն ուղղված միջոցառումների շրջանակներում նախատեսվում է (կետ 1)՝ իրականացնել ուսումնասիրություն և ՀՀ կառավարություն ներկայացնել զեկույց ՀՀ կանանց և տղամարդկանց հավասար իրավունքների և հավասար հնարավորությունների առկա իրավիճակի վերաբերյալ. մշակել և ՀՀ մարզպետարաններին տրամադրել կանանց և տղամարդկանց հավասար իրավունքների և հավասար հնարավորությունների իրավիճակային գնահատման մեթոդաբանություն. ուսումնասիրել կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության իրավիճակի շարժընթացի գնահատման և մշտադիտարկմանն ուղղված միջազգային փորձը, մշակել ՀՀ մարզերում կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության առկա իրավիճակի պարբերական գնահատման, մշտադիտարկման ցուցանիշներ և դրա ներդրման վերաբերյալ առաջարկություններ.

296. Կանանց և տղամարդկանց առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրերի շրջանակներում նախատեսվում է (կետ 2)՝ մշակել և իրականացնել առողջ ապրելակերպի, սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելմանն ուղղված քարոզչական և հանրային տեղեկատվական-իրազեկման միջոցառումներ (կազմել և տարածել պոստերներ, բուկլետներ, կազմակերպել հեռուստատեսային հաղորդումներ)՝ ներգրավելով հասարակական կազմակերպություններին և ՀԼՄ-երին, կազմակերպել սեմինարներ, կլոր-սեղան քննարկումներ, մարզային խորհրդաժողովներ, տեղեկատվական-իրազեկման աշխատանքներ առողջապահության ոլորտի մասնագետների մասնակցությամբ՝ առողջ ապրելակերպի (ծխելու դեմ պայքարի, անվտանգ սեռական կյանքի և այլն) վերաբերյալ.

297. Կանանց տնտեսական հնարավորությունների ընդլայնմանը, աղքատության հաղթահարմանը, գյուղական բնակավայրերի սոցիալ-տնտեսական զարգացման գործընթացներում կանանց մասնակցության հնարավորությունների ընդլայնմանը և շուկայական հարաբերություններում մրցակցային միջավայրի ձևավորմանն ուղղված միջոցառումների շրջանակներում նախատեսվում է (կետ 3)՝ «Համայնքների գյուղատնտեսական ռեսուրսների կառավարման և մրցունակության» նոր ծրագրի շրջանակներում ՀՀ 8 մարզերում, հատկապես բարձրադիր տարածքներում գտնվող թիրախային 100 համայնքներում, իրականացնել աջակցության հատուկ միջոցառումներ՝ ուղղված կանանց մասնակցությամբ գործող կոոպերատիվների ձևավորմանը և կարողությունների հզորացմանը. կազմակերպել հատուկ ուսուցում՝ նպատակ ունենալով բարձրացնել նրանց ընդգրկվածությունը գյուղատնտեսական կոոպերատիվների գործունեության և կառավարման հետ կապված որոշումների կայացման գործընթացում. արժեքային

շղթայի զարգացման աջակցության բաղադրիչով մրցակցային դրամաշնորհային ծրագրերի շրջանակներում գյուղական բնակավայրերում գործող կանանց համար ստեղծել հնարավորություն՝ ներգրավվելու ագրարային ոլորտի արտադրական կարողություններում. իրականացնել «Կանանց ձեռներեցության զարգացում» ծրագիրը. իրականացնել «Սկսնակ գործարարների ձեռներեցությանն աջակցություն», «Գործարար տեղեկատվական և խորհրդատվական աջակցություն» և «Գործարար ուսուցողական /տեղեկատվական/ աջակցություն» ծրագրերը, սկսնակ կին գործարարներին տրամադրել ուսուցողական, տեղեկատվական, խորհրդատվական, ինչպես նաև ֆինանսական աջակցություն.

298. Կրթության և գիտության պետական քաղաքականության մեջ կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության վերաբերյալ գիտելիքների հաղորդմանն ուղղված միջոցառումների շարքում (կետ 4)՝ հանրակրթական դպրոցի 8-12-րդ դասարաններում «Հասարակագիտություն» առարկայի դասավանդման ընթացքում սովորողներին ուսուցանել կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության վերաբերյալ գիտելիքներ. հանրակրթական դպրոցներում կիրառել «Դաստիարակչական աշխատանքը դպրոցում. մասնագիտական կողմնորոշման խնդիրներ» օժանդակ ձեռնարկը. դասղեկական ժամերի ընթացքում սովորողներին իրազեկել մասնագիտական կողմնորոշման հարցերի շուրջ՝ ուղղված սեռի հատկանիշով կարծրատիպերի հաղթահարմանը, աղջիկների և տղաների շրջանում իրենց սեռի համար ոչ ավանդական մասնագիտությունների նկատմամբ մոտիվացիայի ձևավորմանը. հանրակրթական դպրոցի ուսուցիչների նախատեսագիտական վերապատրաստման դասընթացներում ներառել կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարությանը վերաբերող թեմաներ. նախնական (արհեստագործական) և միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատությունների տնօրենների, փոխտնօրենների և մանկավարժների վերապատրաստման դասընթացներում ներառել կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության քաղաքականությանն առնչվող թեմաներ. իրականացնել «Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության հիմնահարցեր» թեմայով քաղաքացիական ծառայողների վերապատրաստման դասընթացներ ՀՀ քաղաքացիական ծառայության խորհրդի 2008թ. հուլիսի 8-ի N567-Ա որոշմամբ հաստատված ծրագրի շրջանակում. կազմակերպել կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության թեմաներով դասընթացներ, սեմինար-պարապմունքներ, «Լիդերության դպրոց» ծրագրով դասընթացներ, կլոր-սեղան քննարկումներ տարբեր ոլորտների մասնագետների մասնակցությամբ:

299. Մարզային և համայնքային մակարդակներում կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության քաղաքականության մշակման և իրականացման արդյունավետության բարձրացմանը, այդ աշխատանքների համակարգմանն ու մշտադիրակմանն ուղղված միջոցառումների շարքում (կետ 5)՝ ՀՀ մարզպետարաններում և Երևանի քաղաքապետարանում կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության հարցերով զբաղվող հանձնաժողովի աշխատանքների կազմակերպման նպատակով հրավիրվել նիստեր, ամփոփել կատարված աշխատանքները, կազմել հաշվետվություններ և արձանագրություններ. իրականացնել մարզում կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության առկա վիճակի գնահատման և մշտադիրակման ապահովմանն ուղղված լուսաբանման աշխատանքներ:

300. Հասարակությունում կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության հիմնահարցերի լուսաբանմանը, սեռի հատկանիշով խտրական գործելակերպի հաղթահարմանը և զանգվածային լրատվամիջոցներով դրանց տարածմանն ուղղված միջոցառումների շարքում (կետ 6)՝ մշակել և մարզի ԶԼՄ-ներով լուսաբանել (տեղադրել հոդվածներ, կազմակերպել հեռուստատեսային հաղորդումներ) կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության հիմնախնդիրների վերաբերյալ. իրականացնել «Կին» միջազգային կինոփառատոն՝ 50-ից ավելի կին ռեժիսորների ֆիլմերի ցուցադրությամբ. Երևան քաղաքում կազմակերպել 2014-2015թթ. հայտարարված Ընտանիքի տարվան նվիրված սեմինար՝ «Հայ ընտանիքն այսօր» թեմայով. Երևան քաղաքում կազմակերպել «Կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարությունն իմ պատկերացմամբ» նկարների ցուցահանդես:

301. **«Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը և դրա ներդրման 2010-2015թթ. գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ** (թիվ 37, ընդունվել է 10.09.2009թ.) ՀՀ կառավարությունը հավանություն է տալիս Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը, Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարության ներդրման 2010-2015թթ. գործողությունների ծրագրին և Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարության ներդրման 2010-2015թթ. գործողությունների ծրագրին՝ ֆինանսական գնահատմամբ:

302. Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությունը կողմնորոշված է դեպի երեխայի հետծննդյան անհատական զարգացման փուլերը: Ռազմավարության գերակա

ուղղություններն են՝ նորածինների առողջությունը, վաղ հասակի երեխաների առողջությունը և զարգացումը, երեխաների զարգացման խանգարումները և մանկական հաշմանդամությունը, դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջությունը և զարգացումը, հոգեկան առողջությունը, քրոնիկական հիվանդությունները, վնասվածքները և բռնությունը, շրջակա միջավայրը:

303. Ռազմավարությունը նորածինների առողջապահական խնդիրներին ուղղված գլխավոր նպատակներից մեկը սահմանում է մանկանը բարյացակամ ռազմավարության ներդրումը հանրապետության մակարդակով (կետ 55): Ռազմավարությամբ արձանագրվում է, որ Հայաստանում 0-1տ. աղջիկների մահացությունը ավելի ցածր է, քան տղաներինը (2007թ.՝ տղաներ՝ 12‰, աղջիկներ՝ 9‰), ինչը փաստում է, ըստ սեռի խտրականության բացակայության մասին, և որ Հայաստանում աղջիկները ստանում են նույնպիսի խնամք, ինչպիսին և տղաները (կետ 67): Նշվում է, որ առողջապահական և կրթական ինստիտուցիոնալ ադեկվատ ծառայություններից բացի, վաղ մանկության շրջանի հիմնախնդիրների շարքում խիստ կարևորվում են նաև ընտանիքի, ծնողների/խնամողների գիտելիքների և հմտությունների դերը երեխաների խնամքի ու սնուցման, հիվանդությունների կանխարգելման հարցերում՝ որպես երեխայի առողջ աճի ու զարգացման կարևորագույն նախադրյալ (կետ 103): Այս տեսանկյունից խիստ կարևորվում է աշխատանքը ընտանիքների/մայրերի և հայրերի հետ՝ երեխայի խնամքի կազմակերպման, աճի և զարգացման խթանման նպատակով, ինչպես նաև երեխայի մոտ հիվանդության առկայության դեպքում մանկան կյանքի համար վտանգավոր նշանների ճանաչման հետ կապված ճիշտ գործելակերպի ամրապնդման առումով (կետ 104): Սահմանվում է, որ ռազմավարության ներդրումը վաղ մանկության շրջանի մանուկների համար հետապնդում է նաև մայրերի/խնամողների և ընտանիքի գիտելիքների ու իրազեկության բարձրացման, ծնողավարության հմտությունների բարելավման և համարժեք վարքագծի ձևավորման նպատակ (կետ 119):
304. Ռազմավարության «Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն» 4-րդ բաժնում մասնավորապես նշվում է, որ դեռահասները ունեն առողջության հարցերի վերաբերյալ տեղեկատվության պակաս: Նրանք աղոտ պատկերացում ունեն անցումային տարիքում իրենց օրգանիզմում կատարվող փոփոխությունների մասին, անտեղյակ են հղիանալու, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և սեռավարակների ձեռք բերման ռիսկի, կանխարգելման եղանակների և հիվանդությունների ախտանշանների մասին: Նրանք նաև չգիտեն, թե անհրաժեշտության դեպքում որտեղ դիմեն համապատասխան բուժօգնություն ստանալու համար (կետ 146):
305. Դեռահասների շրջանում 1990 թվականից ի վեր գրեթե կրկնակի աճել է հղիությունների ցուցանիշը, որը հիմնականում վաղ տարիքի ամուսնությունների հետևանք է, նկատվում է ծնելիության ցուցանիշի աճ: Նշվում է, որ դեռահասներն անտեղյակ են սեռական առողջության հարցերից, քանի որ դպրոցական ծրագրերում չկան սեռական դաստիարակության դասեր (կետ 158):
306. Ռազմավարությամբ, որպես դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման հիմնախնդիրներից մեկը, սահմանվում է սեռական և վերարտադրողական առողջության վերաբերյալ տեղեկացվածության պակասը, գործող բուժօժանդությունների թերիությունը, ներառյալ՝ դպրոցներում և քոլեջներում իրականացվող բուժկանխարգելիչ և խորհրդատվական ծառայությունների անորոշությունը, դեռահասների բարյացակամ ծառայություններ տրամադրող հաստատությունների պակասը և դրանց աշխատանքի սկզբունքների, մասնավորապես, գաղտնիության սկզբունքի ներդրման դժվարությունները (կետ 176):
307. Ռազմավարությունը դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջության պահպանման ուղղությամբ սահմանում է հետևյալ նպատակները, մասնավորապես՝ դեռահասներին և երիտասարդներին բարյացակամ ծառայությունների ցանցի ընդլայնում և գործունեության շարունակական բարելավում, կրթական հաստատություններում իրագործվող բժշկական և խորհրդատվական աշխատանքների բարելավում, սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի վերաբերյալ գիտելիքների բարձրացում, դպրոցահասակների և դեռահասների հետ աշխատող մանկավարժական անձնակազմի գիտելիքների բարձրացում (կետ 177):
308. Ռազմավարության «Վնասվածքներ և բռնություն» 6-րդ բաժնում ոլորտի հիմնախնդիրների շարքում նշվում են բռնությունների կանխարգելմանն ուղղված ազգային ծրագրերի, այդ թվում կրթական և հանրային իրազեկման, սեռային ուղղվածություն ունեցող ծրագրերի բացակայությունը, երեխայի հանդեպ բռնության երևույթի վերացմանն և կանխարգելմանն ուղղված պետական քաղաքականության, այդ թվում կրթական, սոցիալական աջակցության գործունեության հիմնական ուղղությունների սահմանման անկատարությունը, երեխայի հանդեպ բռնության երևույթի վերացմանն ուղղված շահագրգիռ մարմինների համաձայնեցված գործունեության մեխանիզմների բացակայությունը, երևույթի մասին լիարժեք տեղեկատվության (ըստ սեռի և տարիքի) հավաքագրման և հասարակության տեղեկացվածությունն ապահովող մեխանիզմների անկատարությունը (կետ 213): Ռազմավարությունը նշված ուղղությամբ հիմնախնդիրների լուծման

նպատակներ է սահմանում, մասնավորապես, երեխայի նկատմամբ բռնության, ընտանեկան բռնության կանխարգելումը, նրա հետևանքների կրճատումը (կետ 214):

309. Ռազմավարության 5-րդ՝ «Միջգերատեսչական համագործակցություն և հիմնախնդիրներ» բաժնում ներկայացվում են միջգերատեսչական համագործակցության հիմնական ուղղությունները, այդ թվում՝ երեխաների և դեռահասների շրջանում առողջ ապրելակերպի հիմունքների ամրապնդումը՝ ներառյալ շարունակական քարոզչություն և կրթական հաստատություններում իրականացվող ուսուցման հետագա խթանումը (կետ 280):
310. Ռազմավարության 6-րդ «Ակնկալվող արդյունքներն ըստ գերակա ուղղությունների» բաժնում, մասնավորապես, դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջությունը և զարգացումն սահմանվում է որպես գերակա ուղղություն, իսկ որպես ակնկալվող արդյունք, սահմանվում է, մասնավորապես, որ բուժանձնակազմը ունի երեխաներին և դեռահասներին բուժելու և խորհրդատվություն տրամադրելու գիտելիքներ և հմտություններ, դեռահասներին տրամադրվող մասնագիտական խորհրդատվության որակն ու մատչելիությունը բարձրանում է, դպրոցականների 95% անցել են «Առողջ ապրելակերպ» առարկան, դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների շրջանում ամրապնդվել է առողջ ապրելակերպը, ներառյալ՝ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և սեռավարակների կանխարգելման մասին գիտելիքների բարձրացումը, տարածվածության նվազումը (կետ 282):
311. «Վնասվածքներ և բռնություն» գերակայության շրջանակներում սահմանվում են հետևյալ ակնկալվող արդյունքները, մասնավորապես՝ ՀՀ 75% ուսումնական հաստատություններում և 75% բուժհաստատություններում իրականացվել են համապատասխան կրթական ծրագրեր, բնակչության իրազեկությունը բարձրացել է 50%, հրատարակված են հանրային իրազեկման նյութեր, հեռարձակվել է հեռուստառադիոհաղորդումների շարք, վերապատրաստվել է ուսումնական և մանկական հաստատությունների անձնակազմի 75%, մշակված պետական քաղաքականություն, 70% համապատասխան համայնքային կառույցներում ապահովվել է հոգեբանական խորհրդատվության/ օգնության հասանելիություն:
312. Ռազմավարության 7-րդ՝ «Մշտադիտարկում (մոնիտորինգ) և գնահատում բաժնում, ըստ սահմանված գերակայությունների, սահմանվում են ռազմավարության առաջընթացի և ակնկալվող արդյունքի գնահատման հիմնական մոնիտորինգային ցուցանիշները (կետ 285): Մասնավորապես, «Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն և զարգացում, ներառյալ՝ դեռահասների հոգեկան առողջություն» գերակայության համար սահմանվում են հետևյալ ցուցանիշները՝ «Առողջ դպրոցներ» նախագծում ընդգրկված դպրոցների թիվը, ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների տարածվածությունը դեռահասների շրջանում, առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ դպրոցականների իրազեկվածությունը, դեռահասներին և երիտասարդներին բարյացակամ ծառայությունների թիվը, դրանցից օգտվող դեռահասների տոկոսը՝ տարիքային և սեռային կտրվածքով, դրանցից բավարարվածության մակարդակը:
313. Ռազմավարության 8-րդ «Ռազմավարության ներդրման մակարդակները, իրականացնողների իրավասությունների և պատասխանատվությունների շրջանակները» բաժնում սահմանվում է ռազմավարության ներդրման գործընթացում իրավասությունների և պատասխանատվությունների տարանջատումն՝ ըստ միջազգային, ազգային, մարզային, համայնքային, մասնավոր, բուժօգնություն իրականացնող կազմակերպությունների, ոչ կառավարական կազմակերպությունների մակարդակների (կետ 286): Մասնավորապես առանձնացվում են՝ մայրության և մանկության առողջության հիմնախնդիրներին առնչվող օրենսդրական և այլ իրավական ակտերի հաստատումը, ազգային ուղեցույցների և կրթական այլ նյութերի մշակման գործընթացի կազմակերպումը և նյութերի հաստատումը, ծնողների համար խորհրդատվական նյութերի մշակումը և հրատարակման կազմակերպումը ազգային մակարդակում. համայնքի, ընտանիքի անդամների՝ ծնողների և դեռահասների անմիջական մասնակցությունը ծրագրերին, այդ թվում՝ գենդերային հավասարության շեշտադրմամբ, համայնքում և ընտանիքում գոյություն ունեցող պատկերացումների և գործելակերպի բարելավում՝ ընտանիքի և համայնքի մյուս անդամների ներգրավման ճանապարհով համայնքային մակարդակում. երեխաների և դեռահասների բուժօգնություն իրականացնող կազմակերպությունների կողմից տեղերում ծրագրերի իրականացումը, ներառյալ՝ բնակչության կրթման/իրազեկման աշխատանքները. երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտում գործող ոչ կառավարական կազմակերպությունների կողմից հանրային առողջապահական ծրագրերի իրականացումը, բնակչության իրազեկումը և առողջապահական կրթումը, առողջապահական կարևորագույն խնդիրների վերաբերյալ տեղեկատվության տարածումը, մոնիտորինգը, հետազոտությունների կազմակերպումը. միջազգային կազմակերպությունների կողմից տեխնիկական

աջակցությունը ծրագրային և իրավական փաստաթղթերի մշակմանը, միջազգային փորձաքննության ապահովումը, լայնածավալ աջակցությունը ծրագրերի ներդրման գործընթացին:

314. Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարության ներդրման 2010-2015թթ. գործողությունների ծրագիրն, ըստ առողջապահական քաղաքականության և ծառայությունների կազմակերպման, ռազմավարությամբ սահմանված գերակայությունների, սահմանում է ծրագրի նպատակներն ու գործողությունները, դրանց իրագործման ժամանակացույցը, ակնկալվող արդյունքները, պատասխանատու մարմիններն ու ֆինանսավորման ակնկալվող աղբյուրները:
315. Ռազմավարության փաստաթուղթը արտացոլում է երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման հետ կապված Հայաստանում առկա իրավիճակը՝ վիճակագրական ցուցանիշների 1990-2007թթ. միտումների գնահատմամբ: Նկարագրված են առկա ձեռքբերումները, վեր են հանված հիմնախնդիրները և ուրվագծված են այն ռազմավարական ուղղությունները, որոնց իրագործման պարագայում հնարավոր է բարելավել երեխաների և դեռահասների առողջական վիճակը և ապահովել առաջընթաց այս ոլորտում: Սահմանված են հստակ նպատակներ՝ 2015թ. վերջնաժամկետով, որոնք համահունչ են Հազարամյակի զարգացման համաշխարհային նպատակներին:
316. Ռազմավարության ներդրման արդյունքում արձանագրվել է իրավիճակի որոշակի բարելավում, այդ թվում՝ պատվաստումներով ընդգրկվածության բարձրացումը և վարակային հիվանդությունների կանխարգելումը, երեխաների հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների զգալի նվազումը, զարգացման խանգարումներով երեխաների վաղ հայտնաբերումը և այլն: Չնայած գրանցված դրական արդյունքներին, զգալի խնդիրներ մնում են օրակարգում:
317. Ռազմավարության նախագծի հիմնարար դրույթներում կարևորվում են երեխաների հավասար հնարավորությունների, երեխաների իրավունքների և արդարության պահպանման սկզբունքները: Ռազմավարությունը խտրականության վերացումը ճանաչվում է որպես հասարակության մեջ երեխաների լիարժեք ներգրավմանը նպաստող գործոն: Սակայն փաստաթուղթը չի անդրադառնում նորածինների սեռի համամասնության շեղման և դրա պատճառների վերլուծությունը: Միաժամանակ, ռազմավարության գերակա ուղղություններում բացակայում է աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորման դրույթը:
318. Ներկայում մշակվում է «Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավման 2016-2020թթ. ազգային ռազմավարությունը» և ակնկալվում է, որ այն կներկայացվի ՀՀ կառավարության հաստատմանը 2016թ.:
319. Առաջարկվում է նոր ռազմավարության և դրա իրագործման 2016-2020թթ. գործողությունների ծրագրի նախագծերում ներառել մի շարք դրույթներ, մասնավորապես՝ իրավիճակի, ժողովրդագրական ցուցանիշների վերլուծության բաժնում ներկայացնել նորածինների սեռի համամասնության շեղման վերաբերյալ տվյալներ ու երևույթի պատճառների վերաբերյալ վերլուծություն: Առաջարկվում է նշել, որ երևույթի պատճառները ներառում են ՀՀ-ում ծնելիության մակարդակի նվազումը և տղա երեխայի նախապատվությունը հայաստանյան ընտանիքներում:
320. Առաջարկվում է իրավական կարգավորման, մասնավորապես, օրենքների նկարագրման մասում ներառել նաև «Կանանց և տղամարդկանց հավասար իրավունքների և հավասար հնարավորությունների ապահովման մասին» ՀՀ օրենքի (2013) նկարագրությունը:
321. Առաջարկվում է երեխաների և դեռահասների առողջության հարցերի շուրջ ընդունված ազգային ռազմավարությունների և ծրագրերի մասում ներառել «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման ծրագրի» նկարագրությունը:
322. Առաջարկվում է վերարտադրողական և մայրական առողջության բարելավման հիմնախնդիրների վերլուծության և ներկայացման ընթացքում հղվել նաև «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման ծրագրին»՝ նշելով, որ ծրագրում նախանշված են մի շարք խնդիրներ, որոնց պետք է անդրադառնալ նաև նոր ռազմավարության շրջանակներում:
323. Առաջարկվում է դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջության բաժնում ներառել վերլուծական և վիճակագրական տվյալներ դեռահասների շրջանում պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների, դրանց հետևանքների մասին տեղեկացվածության, սելեկտիվ աբորտների վերաբերյալ տեղեկությունների տարածման մասին: Նման վիճակագրության կամ ուսումնասիրությունների բացակայության դեպքում առաջարկվում է սահմանել այդպիսի վիճակագրության և տվյալներ ունենալու անհրաժեշտությունը:
324. Առաջարկվում է նաև ռազմավարական կարևոր ուղղությունների մեջ ներառել աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորման խնդիրը:

325. Առաջարկվում է ռազմավարության նախագծի նպատակներում ներառել նաև կանանց և տղամարդկանց (աղջիկների և տղաների) հավասար իրավունքների և հավասար հնարավորությունների մասին գիտելիքների բարձրացումը:
326. Առաջարկվում է միջգերատեսչական համագործակցության և հիմնախնդիրների շրջանակներում երեխաների պաշտպանության սոցիալական որոտի ներկայացման ընթացքում անդրադառնալ նաև երեխայի ծննդյան կապացույթամբ տրվող միանվագ դրամական օգնության չափերի և 2015թ. հունվարի 1-ից ներդրված՝ չաշխատող մայրերին տրվող նպաստի քաղաքականությանը: Ներառել նաև աշխատող մայրերի՝ աշխատանքն ու երեխայի խնամքը համատեղելու հնարավորություններն ընդլայնելուն ուղղված քաղաքականության դրույթներ:
327. Առաջարկվում է ռազմավարության՝ ըստ գերակա ուղղությունների ակնկալվող ընդհանուր արդյունքներում ներառել նաև աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորումը:
328. Առաջարկվում է «Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն և զարգացում» ուղղությամբ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և սեռավարակների կանխարգելման մասին գիտելիքների բարձրացման, տարածվածության նվազեցման հետ ավելացնել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության մասին գիտելիքների բարձրացումը, իսկ որպես ակնկալվող արդյունք սահմանել նորածինների սեռի անհամամասնության նվազումը:
329. Առաջարկվում է նաև ըստ սահմանված գերակայությունների մոնիտորինգային ցուցանիշներում, մասնավորապես «Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն և զարգացում, ներառյալ դեռահասների հոգեկան առողջությունը» բաժնում որպես ցուցանիշ սահմանել ոչ միայն երեխաների մասնակցության թվային (տոկոսային) ցուցիչներն, այլ նաև դրանց բաշխվածությունն՝ ըստ սեռի: Առաջարկվում է նման մոտեցում ցուցաբերել նաև բոլոր մյուս մոնիտորինգային ցուցանիշների սահմանման ընթացքում, օրինակ՝ «Վնասվածքներ և բռնություն գերակայության բաժնում բռնության դեպքերի տարածվածությունը դեռահասների շրջանում»:
330. Առաջարկվում է ազգային նոր ռազմավարության ներդրման 2016-2020 թթ. գործողությունների ծրագրի նախագծի դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջությանը վերաբերվող հատվածում ներառել միջոցառումներ՝ ուղղված աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորմանը:
331. «Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 50, ընդունվել է 27.11.2014թ.) հաստատված ծրագրի նպատակն է մշակել և ներդնել օրենսդրական, կառուցվածքային մեխանիզմներ՝ ուղղված առողջ ապրելակերպի խթանմանը, որը կբերի ոչ վարակիչ հիվանդություններից (ՌՎՀ) վաղաժամ մահացության ու հիվանդացության նվազեցմանը, կնպաստի հոգեկան առողջության բարելավմանը, տրավմատիզմի նվազեցմանը (կետ 12):
332. Ծրագրի հիմնական խնդիրներն են՝ ապահովել առողջության հիմնական վարքագծային ռիսկերին ենթարկվող անձանց թվաքանակի նվազեցմանն ու առողջ ապրելակերպ վարող անձանց թվաքանակի մեծացմանն ուղղված նպատակային քաղաքականության իրականացումը. ապահովել բնակչության իրազեկվածությունը անառողջ ապրելակերպ վարելու հետևանքով առաջացող վտանգների մասին. առողջ ապրելակերպի քարոզչության ոլորտում ապահովել անխափան փոխհամաձայնեցված շարունակական աշխատանք ոչ միայն առողջապահական, այլ համապատասխան այլ, մասնավորապես՝ կրթության, սպորտի և երիտասարդության և տարածքային կառավարման ոլորտներում. ապահովել աշխատանքների համաչափ իրականացումը բոլոր մակարդակներում՝ ազգային, մարզային, քաղաքային և համայնքային՝ ներգրավելով հասարակական և միջազգային կազմակերպությունների և մասնավոր հատվածի հնարավորինս լայն շրջանակներ (կետ 13):
333. Ծրագիրը սահմանում է առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված հիմնական ռազմավարական ուղղությունները՝ առողջ ապրելակերպի ներդրմանն ու իրականացմանն ուղղված գործողությունների կառավարման համակարգի ստեղծում. առողջության ամրապնդմանը նպաստող և անառողջ սնուցման սահմանափակմանն ուղղված քաղաքականության մշակում և օրենսդրության կատարելագործում. առողջ ապրելակերպի քարոզչությանն ուղղված և առողջ ապրելակերպը սատարող մասնագիտացված ծառայությունների զարգացում. միջճյուղային համագործակցության իրականացում՝ առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղությամբ. դպրոցներում առողջ ապրելակերպի խթանում՝ դեռահասների առողջապահական ծառայությունների հզորացման միջոցով. առողջ ապրելակերպի խթանման և անառողջ սնուցման սահմանափակման ուղղությամբ նախատեսվող միջոցառումների գործադրման մոնիթորինգի համակարգի ձևավորում և ներդնում՝ ապահովելով համագործակցություն միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների հետ:



334. Ծրագրով սահմանվում են գործողությունների ֆինանսավորման ակնկալվող աղբյուրները, մոնիթորինգի ու գնահատման իրականացումը, պատասխանատու մարմինները: Սահմանվում են ծրագրի իրականացման արդյունքում ակնկալվող արդյունքները՝ թիրախային, ելակետային և ակնկալվող ցուցանիշներով:
335. Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկում սահմանվում է միջոցառումը, պատասխանատուներն ու համակատարողները, կատարման ժամկետները, ակնկալվող արդյունքներն ու ակնկալվող ֆինանսական միջոցները՝ ըստ ծրագրով սահմանված յուրաքանչյուր ռազմավարական ուղղության:
336. Մասնավորապես, ակնկալվում է 2014-2019թթ. ընթացքում ընդլայնել առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված կրթական տեղեկատվական հաղորդակցությունը. մշակել և ներդնել առողջության խթանման վերաբերյալ առողջապահության բնագավառի աշխատողների, ուսուցիչների, համայնքների և սոցիալական ոլորտի աշխատողների, քաղաքականություն մշակող անձանց և այլ խմբերի կարծիքի ձևավորմանն ուղղված ուսումնական ծրագրեր. ՀԼՄ-ների միջոցով իրականացնել քարոզչական աշխատանք. բժշկական հաստատություններում առողջության առաջնային պահպանման օղակի մասնագետների համար (ընտանեկան բժիշկների և այլն) մշակել և ներդնել խորհրդատվական ծառայությունների մատուցան ծրագրեր՝ շեշտը դնելով առաջնային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների վրա. ծնողների համար իրականացնել կրթական ծրագրեր, ստեղծել խորհրդատվական կենտրոններ. իրականացնել հասարակության տարբեր խմբերին ուղղված թիրախային իրազեկման ծրագրեր, միջոցառումներ. բարելավել քաղաքացիական հասարակության և հանրային առողջապահության բնագավառում գործող հասարակական կազմակերպությունների հետ համագործակցությունը, բարելավել դպրոցներում առողջ ապրելակերպի խթանման նպատակով դեռահասների առողջության ծառայությունները, «Առողջ ապրելակերպ» կրթական ծրագիրը, բարելավել երիտասարդներին ուղղված առողջության ծառայությունների կենտրոնների գործունեությունը:
337. Արձանագրային որոշմամբ հիմնավորվում է, առողջ ապրելակերպի խթանման առաջնահերթությունը, քանի որ բնակչության առողջության պահպանմանը, ամրապնդմանը և առողջության խթանմանն ուղղված առանցքային քաղաքականություններից և գործողություններից են առողջ ապրելակերպի ձևավորումը և հանրային առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը, հասանելիությունը և որակի բարձրացումը: Ոչ վարակիչ հիվանդությունները պատճառ են Հայաստանում գրանցվող բոլոր մահերի շուրջ 80% (սրտանոթային հիվանդությունները՝ 49%, չարորակ նորագոյացությունները՝ 19,8%, շաքարային դիաբետը՝ 4,8% և վնասվածքներն ու թունավորումները՝ 4,9%):
338. Ռազմավարությունը չի անդրադառնում և չի նախատեսում անվտանգ սեռական վարքագծի խթանմանը, աբորտների կանխարգելմանը, այդ թվում՝ պտղի սեռի պայմանավորված աբորտների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումներ:
339. «Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարությունը և միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 5, ընդունվել է 06.02.2014թ.) հաստատված ռազմավարության նպատակն է նախանշել ոլորտի մարդկային ներուժի կառավարման զարգացման ուղենիշները՝ հիմնվելով դրա ռացիոնալ պլանավորման և աշխատանքի կազմակերպման, արդյունավետ մոտիվացիոն մեխանիզմների և կրթական նորագույն տեխնոլոգիաների օգտագործման վրա, որը թույլ կտա հանրապետության բուժհաստատությունները ապահովել համապատասխան կրթությամբ և որակավորմամբ մասնագետներով (կետ 6):
340. Նպատակին ուղղված ռազմավարության խնդիրներն են՝ առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի պլանավորման համակարգի զարգացումը՝ հիմնված ոլորտի կարիքների, նրանց ռացիոնալ բաշխման և արդյունավետ օգտագործման վրա, առողջապահական, միջին և բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական մասնագիտությունների և մասնագետների անվանացանկի մշակումը, մասնագիտական պաշտոնների նկարագրերի սահմանումը, բուժաշխատողների գործունեության որակավորման համակարգի ներդրումը, բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական կատարելագործման կրեդիտային համակարգի ներդրումը, մարդկային ներուժի կառավարման տեղեկատվական համակարգի բարելավումը, նպատակային կրթության և այլ մեխանիզմների սահմանումը՝ ուղղված մարզային բուժհաստատություններում կադրային ներուժի ապահովվածության խնդիրների լուծմանը, առողջապահության ոլորտում գործող մասնագիտական ասոցիացիաների դերի բարձրացումը, նրանց մասնակցությունը քաղաքականության մշակման, ներդրման և մոնիթորինգի գործընթացներում, բուժաշխատողների իրավական և սոցիալական պաշտպանվածության ապահովումը՝ օրենսդրության կատարելագործման միջոցով, բուժաշխատողների կատարողականի վրա հիմնված վարձատրության

ներդրումը, առողջապահության ոլորտի կազմակերպիչների ուսուցման կրթական ծրագրերի մշակումը և դասավանդումը (կետ 7):

341. Սահմանվում են ռազմավարության իրականացման հիմնական ուղղությունները և ուղղություններից բխող գործողությունները: Մասնավորապես, ռազմավարական ուղղություններ են ճանաչվում՝ ՀՀ առողջապահության համակարգում մարդկային ներուժի զարգացման քաղաքականության բարելավումը (կետ 24). մարդկային ներուժի պլանավորման և օգտագործման գործընթացի բարելավումը (կետ 25), որի շրջանակներում խնդիր է դրվում նպաստել ընտանեկան բժշկության համակարգի զարգացմանը՝ դարձնելով այն առողջապահական համակարգի հիմքը, ընդարձակել արտահիվանդանոցային օգնությունը, բարձրացնել միջին բուժանձնակազմի դերը. մասնագիտական ասոցիացիաների դերի բարձրացումը (կետ 35), որի շրջանակներում նախատեսվում է առավել ակտիվորեն ընդգրկել քաղաքացիական զարգացման կազմակերպություններին օրենսդրության մշակման, որակավորման բարձրացման, քաղաքականության ներդրման մոնիտորինգի, բուժաշխատողների իրավունքների պաշտպանության և բժշկական էթիկայի հարցերում:
342. Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի ռազմավարության կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկում, ըստ ռազմավարական ուղղությունների, սահմանվում են միջոցառումների անվանումները, պատասխանատուները, համակատարողները, կատարման ժամկետները և ֆինանսավորման աղբյուրները:
343. Մասնավորապես, մարդկային ներուժի պլանավորման և օգտագործման գործընթացի բարելավման ուղղությամբ նախատեսվում է մշակել և հաստատել առողջապահության համակարգի մարդկային ռեսուրսների զարգացման պլան՝ առաջիկա 20 տարվա համար:
344. Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի կառավարում ուղղությամբ նախատեսվում է սահմանել երկրի միջին և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքներին համապատասխան անհրաժեշտ մասնագետների ցանկը, ներառյալ՝ նրանց կրթության աստիճանը և հմտությունների համախումբը (skill mix):
345. Բուժաշխատողների գործունեության որակավորման համակարգի ներդրում ուղղությամբ նախատեսվում է առաջարկությունների մշակում և ներկայացում մասնագիտական (բժշկական) գործունեության հսկող-թույլատրող ընթացակարգերի սահմանման վերաբերյալ, որը իրենից ներկայացնելու է բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման տարբեր բաղադրիչների միաժամանակյա ապահովում և բժշկական, դեղագիտական, ատամնաբուժական և հանրային առողջության մասնագիտությունների անվանացանկի մշակում (հիմնական և նեղ մասնագիտություններ), մասնագիտական պաշտոնների նկարագրերի սահմանում:
346. Մասնագիտական ասոցիացիաների դերի բարձրացում ուղղությամբ նախատեսվում է առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման, զարգացման և կառավարման գործում մասնագիտական ասոցիացիաների դերի և գործառույթների սահմանման ուղղությամբ առաջարկությունների ներկայացում և քննարկումների իրականացում:
347. Փաստաթուղթը չի անդրադառնում աբորտների, այդ թվում՝ սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների խնդրին և պտղի սեռի ընտրության առումով որևէ խտրական դրույթ չի պարունակում:
348. Առաջարկվում է «Բուժաշխատողների գործունեության որակավորման համակարգի ներդրում» (ռազմավարական ուղղություն 5) և «Մասնագիտական ասոցիացիաների դերի բարձրացում» (ռազմավարական ուղղություն 7) ռազմավարական ուղղություններով սահմանված գործողությունների ծրագրերի շրջանակներում ներառել միջոցառումներ, որոնք ուղղված կլինեն, մասնավորապես՝ մասնագիտական (բժշկական) գործունեության հսկող-թույլատրող ընթացակարգերում պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու մեխանիզմների մշակմանն ու ներդրմանը. առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման, զարգացման և կառավարման գործում մասնագիտական ասոցիացիաների գործառույթներում ներառել պտղի սեռի խտրական ընտրության վերաբերյալ իրազեկման և դասընթացների կազմակերպմանը վերաբերվող ծրագրերի և միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը:
349. «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 3, ընդունվել է 29.01.2010թ.) հաստատվում են «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման

հայեցակարգը» և «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը»: Փաստաթուղթը ներկայացնում է ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՈՎՀ) տարածվածությանն ու դրանցից առաջացած մահացության նվազեցմանն ուղղված ազգային մոտեցումներն ամրագրող հայեցակարգը:

350. Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգի նպատակն է բարելավել ՀՀ բնակչության առողջական հիմնական ցուցանիշները, կանխարգելել ու նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացումը, ինչպես նաև արդեն իսկ հիվանդ մարդկանց շրջանում կանխարգելել այդ հիվանդություններից առաջացած բարդություններն ու հաշմանդամությունը, բարելավել կյանքի որակը, բարձրացնել արդյունավետ կյանքի միջին տևողությանը և իջեցնել մահացության ցուցանիշը, ինչպես նաև՝ ձևավորել գիտականորեն հիմնավորված, ժամանակակից մոտեցումներին համապատասխան մշակված համաճարակաբանական հսկողության համակարգ: Սահմանվում են առանձնահատուկ նպատակները, մասնավորապես՝ ՈՎՀ զարգացման ռիսկի գործոնների հսկողությանն ուղղված համատեղ գործողությունների իրականացում միջգերատեսչական մակարդակում. ՈՎՀ-ի հսկողության և կառավարման կարողությունների բարելավում առողջապահության համակարգի հզորացման միջոցով:
351. Հայեցակարգում կարևորվում է ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման գործընթացում հավասարության սկզբունքի պահպանումը, ինչը ենթադրում է՝ ապահովել բուժօգնությունից օգտվելու հավասար բաշխումը բնակչության շրջանում, մասնավորապես՝ կրճատել ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռը, հավասար կերպով բարելավելով կյանքի որակը, հավասար կերպով երկարացնելով կյանքի միջին տևողությունը և հավասար կերպով կանխելով բարդությունները ու հաշմանդամությունը բնակչության բոլոր խավերի շրջանում:
352. Հայեցակարգն անդրադառնում է ոչ վարակիչ հիվանդությունների առումով ՀՀ-ում առկա իրավիճակին և դրա հիմքում ընկած պատճառներին, ռիսկի գործոնների տարածվածությանը Հայաստանում:
353. Հայեցակարգում ներկայացվում են վարակիչ հիվանդությունների վերահսկման ու կանխարգելման համար անհրաժեշտ մի շարք գործողություններ և միջոցառումներ, որոնք ձևակերպված են ընդհանրական բնույթի առաջարկությունների տեսքով:
354. Հայեցակարգն իր մեջ ներառում է առավել տարածված այն հիվանդությունների կանխարգելմանն ու վերահսկմանն ուղղված ռազմավարությունները, որը պայմանավորված է հանրապետության բնակչության շրջանում հիվանդացության և մահացության կառուցվածքում դրանց զբաղեցրած տեղով: Դրանք են՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները /մասնավորապես՝ սրտամկանի ինֆարկտ և գլխուղեղի ինսուլտ/, չարորակ նորագոյացությունները և շաքարային դիաբետը:
355. Հայեցակարգը ամրագրում է դրա իրականացման քայլերը, մասնավորապես՝ ռիսկի գործոնների հետ կապված՝ հանրության առողջությանը վերաբերող մոտեցումների, երկրում առողջության և առողջ ապրելակերպի մշակույթի ձևավորում. բնակչության առողջության պահպանմանը, խթանմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումներ, որոնք իրականացվելու են առողջապահության համակարգի կողմից. իրատեսական պլանավորում և նախաձեռնություններ՝ հիմնվելով արդեն իսկ իրականացված և ընթացիկ միջոցառումների վրա. բնակչության առողջություն. ՈՎՀ համաճարակաբանական հսկողության համակարգի մշակում և ներդրում. հանրության աջակցություն:
356. Մասնավորապես բնակչության առողջությանն ուղղված քայլերի շրջանակներում քննարկվում են ռիսկի հիմնական գործոնները և դրանց տարածվածության նվազեցմանն ուղղված առաջարկությունները, որոնք ներկայացվում են որպես 11 միջոցառում. առավել բարձր մահացության բերող 3 հիվանդությունների վերաբերյալ ազգային ռազմավարական ծրագրերի մշակում (Միջոցառում 1), «Հայաստանի Հանրապետությունում ծխախոտի դեմ պայքարի պետական ծրագրի, ծխախոտի դեմ պայքարի բնագավառում առաջնահերթ միջոցառումների ցանկի (2010-2015թթ.) մշակում (Միջոցառում 2), անառողջ սննդի օգտագործման սահմանափակմանն ուղղված ռազմավարության մշակում (Միջոցառում 3), բնակչության ֆիզիկական ակտիվությանը նպաստող ռազմավարության մշակում (Միջոցառում 4), շրջակա միջավայրի մոնիթորինգի գործընթացի շարունակականության ապահովում և բնակչության առողջության վրա շրջակա (Միջոցառում 5), ՀՀ ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ազգային ռազմավարության պահանջների իրականացում (Միջոցառում 6), առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի բարելավում՝ բուժճառայությունների ֆինանսական հասանելիության ապահովման նպատակով (Միջոցառում 7), առաջնային օղակի համար կլինիկական ուղեցույցների մշակման և վերանայման, ինչպես նաև դրանք ընտանեկան բժշկության կրթական ծրագրերում ներառելու մեխանիզմների մշակման նպատակով մշտապես գործող հանձնաժողովի ստեղծում (Միջոցառում 8),

հիվանդանոցների հավատարմագրման համակարգի ստեղծում, հիվանդանոցային ծառայությունների ստանդարտ որակն ապահովելու նպատակով (Միջոցառում 9) շտապօգնության ծառայության որակի բարելավում (Միջոցառում 10), տեղեկատվական համակարգի կատարելագործում (Միջոցառում 11):

357. Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը սահմանում է թվով 10 միջոցառումներ, դրանց պատասխանատուներին, համակատարողներին, կատարման ժամկետները և սպասվող արդյունքը:

358. Որոշումը պտղի սեռի ընտրությանը վերաբերվող դրույթներ չի պարունակում:

359. **«Առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշումը** (թիվ 42, ընդունվել է 18.10.2012թ.) լուծումներ է տալիս դեղորայքային քաղաքականության և առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողությանն առնչվող մի շարք հիմնախնդիրների, այդ թվում՝ առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության իրականացման մեխանիզմների և կառուցվածքների անբավարարությունը, դեղերի և կենսասակտիվ սննդային հավելումների գրանցման մեխանիզմների անկատարությունն ու բարդությունը, դեղերի շրջանառության բոլոր փուլերում անվտանգության և որակի ապահովման մեխանիզմների անկատարությունը, դեղերի մանրամեծաձախ իրացման ոլորտում ստուգումների առկա գործիքակազմի կիրառման ոչ բավարար արդյունավետությունը:

360. Ըստ յուրաքանչյուր հիմնախնդրի ներկայացվում են առաջարկներ դրանց լուծման ուղղությամբ: Մասնավորապես, առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության իրականացման մեխանիզմների և կառուցվածքների անբավարարության հաղթահարման ուղղությամբ առաջարկվում է՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի «Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության» (այսուհետ՝ ՊՀՀՏ) բազայի հիման վրա ստեղծել ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի «Առողջապահական պետական տեսչություն», վերջինիս վերապահելով առողջապահության ոլորտում վերահսկողական բոլոր գործառույթները, ինչը թույլ կտա գործող ՊՀՀՏ եղած հիմնական հաստիքների շրջանակում հանրապետության ողջ տարածքում ապահովել դեղերի, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ու անվտանգության, առողջապահական գովազդի, բուժօգնության պետական պատվերի ծավալների, ֆինանսավորման և նպատակային ծրագրերի կատարման արդյունավետության, դեղերի գների նկատմամբ վերահսկողության, մշտադիտարկման և վերլուծության իրականացումը. մշակել դեղեր ներմուծող, արտահանող և դեղագործական գործունեություն իրականացնող անձանց կողմից պարտադիր պահանջների և պայմանների ապահովման, բուժօգնության պետական պատվերի ծավալների նկատմամբ՝ ռիսկի վրա հիմնված ստուգումների մեթոդաբանությունը, ռիսկայնությունը որոշող չափանիշների ընդհանուր նկարագիրը և ստուգաթերթերը (կետ 9):

361. Դեղերի և կենսասակտիվ սննդային հավելումների գրանցման մեխանիզմների անկատարության ու բարդության հաղթահարման ուղղությամբ առաջարկվում է՝ ՀՀ կառավարության որոշմամբ նոր խմբագրությամբ հաստատել դեղերի և դեղանյութերի ներմուծման և արտահանման կարգը, անցնելով գրանցման նպատակով փաստաթղթերի ներկայացման միջազգայնորեն ընդունված նոր ձևաչափի՝ Համընդհանուր տեխնիկական փաստաթղթի, որի արդյունքում, մասնավորապես, դեղերի գրանցման հավաստագրին կցվեն հայերենով բժշկական կիրառման (դեղի ընդհանուր բնութագիրը) և օգտագործման հրահանգները (ներդիր-թերթիկը), կապահովվի դրանց հրապարակայնությունը: Նշվածը կրերի որակյալ անվտանգ, արդյունավետ դեղերի գրանցմանը (կետ 19):

362. Դեղերի շրջանառության բոլոր փուլերում անվտանգության և որակի ապահովման մեխանիզմների անկատարության հաղթահարման ուղղությամբ առաջարկվում է ստեղծել իրավական հիմքեր մեծաձախ իրացում իրականացնողների լիցենզավորման և Պատշաճ բաշխման գործունեության կանոնների կիրառման համար՝ «Դեղերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության նոր օրենքի նախագծում սահմանելով համապատասխան դրույթներ, և «Լիցենզավորման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում ու օրենքներից բխող ենթաօրենսդրական փաստաթղթերում կատարելով համապատասխան փոփոխություններ և լրացումներ (կետ 29):

363. Ժամկետանց, չգրանցված դեղերի շրջանառության դեմ պայքարում ոչ բավարար արդյունավետության և դեղերի մանրամեծաձախ իրացման ոլորտում ստուգումների առկա գործիքակազմի կիրառման ոչ բավարար արդյունավետության հաղթահարման ուղղությամբ առաջարկվում է՝ մշակել «ՀՀ կառավարության 2009 թվականի մայիսի 29-ի N 594-Ս որոշման մեջ փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ, որի համաձայն բժշկական օգնություն և սպասարկում, դեղատնային գործունեություն, դեղերի արտադրության գործունեությամբ զբաղվող,

նախորդող տարվա արդյունքներով մինչև 70 մլն դրամ շրջանառություն (ներառյալ ավելացված արժեքի հարկը) ունեցած իրավաբանական անձանց մոտ ստուգումների կատարման արգելքը կվերացվի. մշակել «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ օրենսգրքում փոփոխություններ կատարելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի նախագիծ, որի համաձայն չգրանցված և ժամկետանց դեղերի հայտնաբերված յուրաքանչյուր անվանման համար կսահմանվի տուգանք, տուգանքի չափը կմեծացվի գործողի համեմատ և արդյունքում չգրանցված դեղերի վաճառքը կդադանա ոչ եկամտաբեր, ինչն էլ կբերի դրանց վաճառքի սահմանափակմանը. մշակել «ՀՀ քրեական օրենսգրքում լրացում կատարելու մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծ, որի համաձայն պատասխանատվություն կսահմանվի ժամկետանց և չգրանցված դեղերի շրջանառության համար, որը մարդու կյանքի և առողջության համար հետևանքներ է առաջացրել. մշակել «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքում լրացումներ կատարելու մասին օրենքի նախագիծ, որի ընդունման պարագայում ժամկետանց, չգրանցված և կեղծ դեղերի շրջանառության դեպքում հնարավոր կլինի կիրառել լիցենզիայի կատարման կամ դադարեցման պարզեցված մեխանիզմներ (կետ 37):

364. Առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը սահմանում է վեր հանված հիմնախնդիրների լուծմանն ուղղված միջոցառումները, դրանց պատասխանատուները, համակատարողները, կատարման ժամկետները և ակնկալվող արդյունքները՝ ըստ յուրաքանչյուր հիմնախնդրի:

365. Մասնավորապես, հիմնախնդրի հաղթահարման ուղղված միջոցառումների արդյունքում ակնկալվում է՝

- ստեղծել ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի Առողջապահական պետական տեսչություն, տեսչությանը վերապահել դեղերի շրջանառության, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի, անվտանգության, կլինիկական ստանդարտների և ուղեցույցների պահանջների պահպանման նկատմամբ վերահսկողական բոլոր գործառնությունները հանրապետության ողջ տարածքում.
- հաստատել «Դեղեր ներմուծող, արտահանող և դեղագործական գործունեություն իրականացնող անձանց կողմից պարտադիր պահանջների և պայմանների ապահովման՝ ռիսկի վրա հիմնված ստուգումների մեթոդաբանությունը և ռիսկայնությունը որոշող չափանիշների ընդհանուր նկարագրերը.
- հստակեցնել դեղերի գրանցման/մերժման մեխանիզմները՝ փաստացի ներդնելով գրանցման նպատակով փաստաթղթերի ներկայացման միջազգայնորեն ընդունված նոր ձևաչափ՝ Համընդհանուր տեխնիկական փաստաթուղթը, բժշկական կիրառման (դեղի ընդհանուր բնութագիրը) և օգտագործման հրահանգները (ներդիր-թերթիկը)՝ հայերենով, ապահովել դրանց հրապարակայնությունը.
- դեղերի մեծածախ իրացում իրականացնելու համար սահմանել լիցենզիայի և այլ պարտադիր պահանջներ և պայմաններ.
- վերացնել ստուգումների կատարման արգելքը բժշկական օգնություն և սպասարկում, դեղատնային գործունեություն իրականացնող, դեղերի արտադրությամբ զբաղվող, նախորդ տարվա արդյունքներով մինչև 70 մլն դրամ շրջանառություն (ներառյալ ավելացված արժեքի հարկը) ունեցած իրավաբանական անձանց մոտ.
- չգրանցված և ժամկետանց դեղերի հայտնաբերված յուրաքանչյուր անվանման համար սահմանել տուգանք.
- ՀՀ քրեական օրենսգրքում նախատեսել պատասխանատվություն չգրանցված դեղերի շրջանառության համար, որը մարդու կյանքի և առողջության համար հետևանքներ է առաջացրել.
- «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքում սահմանվում է դրույթ չգրանցված դեղերի շրջանառության դեպքում լիցենզիայի կատարման կամ դադարեցման դրույթ:

366. Առաջարկվում է առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկում ներառել ՀՀ-ում գրանցված միջնադաստի սպորտային առանձին դեղերի (Գինեստրիլ, Գինեստրիստոն, Միրոպրիստոն) և միզաբացիկ պարունակող դեղերի (Միրոպրիստոն և Սայտոտեկ) շրջանառության հանդեպ վերահսկողության խստացումը, դրանց Համընդհանուր տեխնիկական փաստաթղթով բժշկական կիրառման (դեղի ընդհանուր բնութագիրը) և օգտագործման հրահանգների (ներդիր-թերթիկը)՝ հայերենով առկայության պահանջի կատարման վերահսկողությունը և հրապարակայնության ապահովումը, ինչպես նաև դեղորայքային աբորտ առաջացնող չգրանցված և ժամկետանց դեղերի նկատմամբ հսկողության խստացումը:

367. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 318-Ն, ընդունվել է 04.03.2004թ., ուժի մեջ է 08.04.2004թ.), ինչպես նաև ««Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության 4.03.2004թ. N318-Ն որոշումը նոր խմբագրությամբ շարադրելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 1515-Ն, ընդունվել է 26.12.2013թ., ուժի մեջ է 30.01.2014թ.) հաստատում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման կարգը, ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին պետության կողմից երաշխավորված արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը, պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով բնակչության հերթագրման կարգը, պետության կողմից երաշխավորված անվճար սրտային վիրաբուժության ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեցող բնակչության խմբերի ցանկը և այդ ցանկում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը, ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին բժշկական սարքավորումների և գործիքների կենտրոնացված կարգով ձեռքբերման ու բաշխման կարգը, քաղաքացիներին պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրելուն ներկայացվող հիմնական պահանջները և ուղեգրող բժշկական կազմակերպություններին ու մարմիններին ուղեգրերի ձևաթղթեր հատկացնելու կարգը:
368. Փաստաթուղթը սահմանում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացնել ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին:
369. Որոշմամբ հաստատված «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման կարգով» կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում (այսուհետ՝ կազմակերպություն) ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում ՀՀ քաղաքացիների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հետ կապված հարաբերությունները:
370. Սահմանվում է, որ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կազմակերպվում և ֆինանսավորվում է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում:
371. Կարգը սահմանում է անվճար և արտոնյալ պայմաններով բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներն ու ծավալները: Մասնավորապես, սահմանվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակները ներառում են՝ ծննդօգնությունն ու 0-7 տարեկան երեխաների բժշկական օգնության ծառայությունները և բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրվող պետության կողմից երաշխավորված արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը (բացառությամբ ստոմատոլոգիական ծառայությունների)՝ նախարարի կողմից սահմանված ծառայությունների ծավալների շրջանակներում (կետ 12):
372. Կարգը սահմանում է բժշկական օգնության և սպասարկման գների հաստատման կարգը, բյուջետային ծրագրերի և պայմանագրերում բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ձևավորման սկզբունքները, պայմանագրային գումարների հաշվարկման, պայմանագրերում փոփոխությունների կատարման և ֆինանսավորման սկզբունքները, հաշվետվողականության և ստուգումների կարգը:
373. Որոշմամբ հաստատված «ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին պետության կողմից երաշխավորված արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգով» կարգավորվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին պետության կողմից երաշխավորված արտոնյալ պայմաններով մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման համավճարային եղանակի կիրառման հետ կապված հարաբերությունները և փորձարարական եղանակով պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման համավճարային նոր եղանակի կիրառման հետ կապված հարաբերությունները (համավճար):
374. Որոշմամբ հաստատված «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով բնակչության հերթագրման կարգով»,

մասնավորապես, սահմանվում է, որ պայմանագրային գումարի ամսական համամասնության սպառման դեպքում բժշկական կազմակերպությունը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնում է հերթագրման եղանակով՝ բացառությամբ նաև ծննդօգնությունը (կետ 2, 5-րդ երթակետ):

375. Որոշմամբ սահմանված «Քաղաքացիներին պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրելուն ներկայացվող հիմնական պահանջները և ուղեգրող բժշկական կազմակերպություններին ու մարմիններին ուղեգրերի ձևաթղթեր հատկացնելու կարգով» կարգավորվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով քաղաքացիներին բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրելու (ուղեգիր տրամադրելու) և ուղեգրերի ձևաթղթեր հատկացնելու հետ կապված հարաբերությունները:

376. Որոշմամբ հաստատվել է նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, որտեղ ընդգրկվել են բնակչության 24 կատեգորիաներ և վերանայվել է աղքատության շեմը. այն է 36 միավորը իջեցվել է 30-ի:

377. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ամբուլատոր և հիվանդանոցային օգնության չափորոշիչները, որոնցում ամրագրված են պետության կողմից մատուցվող անվճար ծառայությունների տեսակները և ծավալները, կազմակերպական ընթացակարգերը, բժշկական գործելակարգերը, հաստատվել են ՀՀ ԱՆ համապատասխան հրամաններով և 2014թ. գրանցվել Արդարադատության նախարարությունում: Դրանք կրում են նորմատիվ բնույթ և ենթակա են պարտադիր կատարման: Չնայած անվճար բուժօգնության իրավունքի ապահովմանն ուղղված կարգավորման առկայությանը, անվճար բուժօգնություն ստանալու կանանց իրավունքը մնում է սահմանափակ:

378. Փաստաթուղթը պտղի սեռի ընտրության առումով խտրական դրույթ չի պարունակում:

379. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման» հայեցակարգին և հայեցակարգից բխող միջոցառումների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշումը (թիվ 21, ընդունվել է 29.05.2013թ.) սահմանում է, որ յուրաքանչյուր քաղաքացուն մատչելի և որակյալ բժշկական օգնությամբ ապահովելու նախապայմանների ստեղծումը հանդիսանում է նաև աղքատության հաղթահարման ռազմավարության ներդրման կարևոր տարրերից մեկը (կետ 1): Առողջապահության համակարգի կարևոր բաղադրիչներից մեկը առողջապահության ֆինանսավորումն է՝ ներառյալ ֆինանսավորման աղբյուրները, բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց փոխհատուցման գները և վճարման մեխանիզմները, այդ իրավահարաբերությունների պետական կարգավորման շրջանակները (կետ 2):

380. Հայեցակարգի նպատակն է ՀՀ-ում առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման գործող սկզբունքների հստակեցումը, բյուջետային ֆինանսական միջոցների պլանավորման և հատկացման նոր մոտեցումների սահմանումը, բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում պետական երաշխիքների իրականացման գործուն ֆինանսական մեխանիզմների ներդրումը, առողջապահությանը հատկացվող պետական բյուջեի միջոցների ծախսման արդյունավետության բարձրացման հիմնական ուղղությունների ուղղվածումը (կետ 12):

381. Հայեցակարգն ամրագրում է առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրները (կետ 3): Նշվում է, որ ՀՀ-ում պետական առողջապահական ծախսերի մակարդակը միջազգային չափանիշներով անբավարար է, մասնավորապես, ՀՆԱ-ում առողջապահության ընդհանուր ծախսերը 2010թ-ին կազմել են 4.6%, այդ թվում՝ պետական առողջապահական ծախսերը՝ 1.8%, ընդ որում՝ վերջին ցուցանիշը գործնականում չի փոխվել նաև 2011-2012թթ. ընթացքում: Առողջապահական պետական ծախսերի տեսակարար կշիռը պետական բյուջեի ընդհանուր ծախսերում կազմել է. 2010թ.՝ 5.9%, 2011-12թթ.՝ 6.2% (կետ 5):

382. 1997 թվականից հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումն իրականացվում է ըստ ավարտված դեպքի: Արտահիվանդանոցային ծառայությունների հիմնական մասը փոխհատուցվում է ըստ մարդաշնչի (per capita), մյուս մասը՝ ըստ ավարտված դեպքի (կետ 6):

383. 2000 թվականից ՀՀ պետական բյուջեից ֆինանսավորումն իրականացվում է սահմանափակ (գլոբալ) բյուջեի սկզբունքով, այսինքն՝ տարվա սկզբին հաստատվում է ֆինանսական միջոցների այն ծավալը, որի շրջանակներում տվյալ բյուջետային տարում պետք է իրականացվի ֆինանսավորում (կետ 7):

384. 2009 թվականից առանձին բժշկական կազմակերպություններում փորձարարական (պիլոտային) կարգով կառավարության որոշմամբ ներդրվել է համավճարի սկզբունքը, որի կիրառումը 2011-2012 թվականներին ընդլայնվել է՝ ընդգրկելով որոշակի ծրագրեր (անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնություն, ուռուցքաբանություն և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժում) (կետ 8):
385. Հայեցակարգում ամրագրվում է, որ առողջապահության ոլորտում արձանագրվել են մի շարք դրական տեղաշարժեր, այդ թվում՝ բարձրացել է պետական բյուջեից հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծախսման արդյունավետությունը, թափանցիկությունը և վերահսկելիությունը, որոշակիորեն կրճատվել են համակարգում առկա սովերային երևույթները, բարձրացել է բժշկական անձնակազմի միջին աշխատավարձը, և այլն (կետ 9), միևնույն ժամանակ, առողջապահության պետական ֆինանսավորման ոլորտում դեռևս առկա են բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց լուծման համար անհրաժեշտ է համակարգված մոտեցում (կետ 10):
386. Հայեցակարգում ներկայացվում է առողջապահական ծրագրերի դասակարգումը պետական բյուջեում և նշվում, որ բժշկական օգնության առանձին տեսակներ տեղ են գտել ոչ համապատասխան խմբերում և նպատակահարմար է առողջապահության բյուջետային ծրագրերում կատարել որոշակի վերախմբավորումներ՝ հստակեցնելով հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բուժօգնության տարանջատումը, միաժամանակ դրանցում համարժեք արտացոլելով առանձին հիվանդությունների խմբերի և բուժօգնության տեսակների առաջնահերթությունները (կետ 15):
387. Սահմանվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների և ծավալների որոշման կարգը, մասնավորապես, ամրագրվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներն ու ծավալները սահմանվում են ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքով, կառավարության կողմից հաստատվող ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերով, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշմամբ (կետ 16):
388. Սահմանվում է, որ կառավարության կողմից պետական բյուջեի միջոցների հաշվին տրամադրվող հիմնական ծառայությունների փաթեթը պետության կողմից առողջապահության ոլորտում իրականացվող նպատակային ծրագրերն են (կետ 17), որոցում, ընդհանուր առմամբ համարժեք արտացոլվում է պետական առողջապահական քաղաքականության հիմնական գերակայությունները և ուղղությունները (կետ 19):
389. Հայեցակարգում առաջարկվում է շարունակել և ավարտին հասցնել առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների բուժման ուղեցույցների և (կամ) ստանդարտների մշակման աշխատանքները, ինչը կապահովի բուժման որակի վերահսկման օբյեկտիվ չափանիշների կիրառումը, կնվազեցնի երկակի ախտորոշումների և անհարկի հոսպիտալացումների թվաքանակը (կետ 23):
390. Հայեցակարգում սահմանվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման գների ձևավորման և սահմանման առանձնահատկությունները: Մասնավորապես, սահմանվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման գների կառուցվածքը, որպես կանոն, ունի ազդեցական բարձր մակարդակ: Այդ գների զգալի մասը սահմանված են բաժանմունքի կտրվածքով, այսինքն՝ արտացոլում են հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպության տվյալ պրոֆիլի բաժանմունքում կատարվող մի խումբ ծառայությունների միջին գինը:
391. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման գների մակարդակը առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտում այսօր առկա հիմնական և ամենասուր խնդիրներից մեկն է: Այդ գները, որպես կանոն, հիմնված չեն տնտեսագիտորեն հիմնավորված ինքնարժեքի հաշվարկի վրա, հետևաբար չեն արտացոլում տվյալ ծառայության մատուցման համար անհրաժեշտ ծախսերի իրական մակարդակը (կետ 28): Հայեցակարգում սահմանվում են վեր հանված խնդիրներին լուծում տալու նպատակով անհրաժեշտ քայլերը (կետ 29):
392. Հայեցակարգում ներկայացվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների պայմանագրային գումարների հաշվարկման սկզբունքները և ֆինանսավորման մեխանիզմները:
393. Մասնավորապես, սահմանվում է, որ առողջապահական տարեկան պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ֆինանսավորումն իրականացվում է ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N318-Ն որոշման համաձայն (կետ 30): Ներկայացվում են ֆինանսավորման սկզբունքների կիրառման արդյունքում վերջին տարիների ընթացքում ի հայտ եկած խնդիրները (կետ 31) և դրանց հաղթահարման ուղղված մոտեցումները (կետ 35) գների



հաշվարկման նոր սկզբունքները: Մասնավորապես, «Գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրով բժշկական օգնության իրականացման պայմանագրային գումարների հաշվարկման համար առաջարկվում է հիմք ընդունել տվյալ տարածաշրջանում բնակվող կանանց ընդհանուր թիվը (կետ 38):

394. Առաջարկվում է որոշման կետ 23-ում սահմանվող՝ «առաջարկվում է շարունակել և ավարտին հասցնել առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների բուժման ուղեցույցների և (կամ) ստանդարտների մշակման աշխատանքները, ինչը կապահովի բուժման որակի վերահսկման օբյեկտիվ չափանիշների կիրառումը, կնվազեցնի երկակի ախտորոշումների և անհարկի հոսպիտալացումների թվաքանակը» դրույթի համաձայն մշակվող ուղեցույցների ստանդարտների նախագծերում ներառել պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելմանը, հղի կնոջը հուզահոգեբանական խորհրդատվության տրամադրման խնդիրներին անդրադարձող բաժիններ:
395. Առաջարկվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման գներում արտացոլել պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների կանխարգելման նպատակով հղի կնոջը տրամադրվող հոգեբանական խորհրդատվության ծախսերի հաշվարկման և ներառման հարցերը:
396. «Նախագորակոչային ու զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման, բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 748-Ն, ընդունվել է 10.07.2008թ., ուժի մեջ է 09.08.2008թ.) հաստատում է՝ նախագորակոչային (16-18 տարեկան) ու զորակոչային (18-27 տարեկան, ներառյալ պարտադիր զինվորական ծառայությունից առողջական վիճակի պատճառով վաղաժամկետ զորացրված և 27 տարին չլրացած), ինչպես նաև 27 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող՝ ասպիրանտուրան ավարտած, զինվորական ծառայություն չանցած արական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման, բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը. պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման առողջապահական պետական նպատակային ամենամյա ծրագրերին համապատասխան՝ նախագորակոչային և զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների անվճար ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում կատարվող բժշկական հետազոտությունների ծավալները. պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման առողջապահական պետական նպատակային ամենամյա ծրագրերին համապատասխան՝ նախագորակոչային և զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների անվճար ամբուլատոր-պոլիկլինիկական պայմաններում բուժման ենթակա հիվանդությունների և ախտաբանական վիճակների ցանկը. պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման առողջապահական պետական նպատակային ամենամյա ծրագրերին համապատասխան՝ նախագորակոչային և զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների անվճար հիվանդանոցային պայմաններում բուժման ենթակա հիվանդությունների և ախտաբանական վիճակների ցանկը. ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատության կողմից տրվող առողջության անձնագրի ձևը. տուբերկոլոգի վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման նպատակով ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային հաստատություններում իրականացվող՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում նախագորակոչային և զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների անվճար բժշկական քննությունների ծավալները:
397. Որոշմամբ պահանջ է դրվում իրականացնել 14-15 տարեկան արական սեռի անձանց առողջության գնահատում (ընդ որում, 15 տարեկան անձանց առողջության գնահատումն իրականացվում է այն դեպքում, եթե 14 տարեկանում այն չի իրականացվել), նախագորակոչային տարիքի անձանց համար սույն որոշմամբ սահմանված կարգով և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում կատարվող բժշկական հետազոտությունների ծավալներով՝ հիմնավորված ցուցումների դեպքում ընդգրկելով նաև այլ հետազոտություններ (կետ 2.1) և հայտնաբերված հիվանդ՝ 14-15 տարեկան արական սեռի անձանց, ըստ անհրաժեշտության, ամբուլատոր կամ հիվանդանոցային բուժումը (կետ 2.2):
398. Նախագորակոչային (16-18 տարեկան) ու զորակոչային (18-27 տարեկան, ներառյալ պարտադիր զինվորական ծառայությունից առողջական վիճակի պատճառով վաղաժամկետ զորացրված և 27 տարին չլրացած), ինչպես նաև 27 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող՝ ասպիրանտուրան ավարտած, զինվորական ծառայություն չանցած արական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման, բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը սահմանում է բժշկական հսկողության և հաշվառման ենթակա զինվորական ծառայություն չանցած արական սեռի քաղաքացիների ցանկը (կետ 1), նրանց բժշկական հաշվառման վերցնելու կարգը (կետ 2),

նրանց պարբերական բժշկական հետազոտության ծավալները (կետ 3), նրանց առողջության անձնագրի լրացման կարգը և ձևը (կետ 5), հիվանդանոցային բուժման կազմակերպման վայրը (կետ 6), անվճար հիվանդանոցային բուժման կամ հետազոտման համար ուղեգիրը (կետ 7), ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային բուժման ժամանակահատվածները, բուժման ավարտից հետո նրանց նկատմամբ շարունակական հսկողությունը (կետ 8), կրկնակի ստուգիչ բժշկական հետազոտություններն իրականացված առանձնահատկությունները (կետ 11) տարածաշրջանային զինվորական կոմիսարիատների և զինվորական կոմիսարիատի և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական/բժշկական հաստատությունների հարաբերությունները, ինչպես նաև նախազորակոչային ու զորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների բժշկական հաշվառման, առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական հետազոտության իրականացման, բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման իրավական նորմերի պահանջների ապահովման պատասխանատվությունը (կետ 13):

399. Որոշումը խտրական նորմ է պարունակում որոշմամբ սահմանված տարիքային խմբերի աղջիկների և կանանց նկատմամբ, քանի որ պետական պատվերի շրջանակներում հետազոտման դեպքում ախտորոշված ախտաբանությունների հայտնաբերման դեպքում դրանց բուժման համար աղջիկներին և կանանց իրավունք չի տրվում՝ օգտվելու պետական պատվերից:

400. ՀՀ Սահմանադրությունը «ՀՀ պաշտպանությանը մասնակցելու» պարտավորությունը համահավասար չափով տարածում է ՀՀ բոլոր քաղաքացիների վրա՝ անկախ սեռական, տարիքային կամ այլ առանձնահատկություններից: Սակայն, այս դրույթի հետագա իրավական-օրենսդրական հստակեցումից բխում է, որ սահմանադրական պարտականությունը տարբեր կերպ է բաշխվում քաղաքացիների վրա՝ հատկապես սեռային պատկանելիության տեսանկյունից: Այսպես. «Զինապարտության մասին» ՀՀ օրենքը սահմանում է, որ «Զինապարտությունը Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանությանը մասնակցելու՝ քաղաքացիների սահմանադրական պարտականությունն է:» Այսինքն, հստակեցվում է, որ պաշտպանությանը մասնակցելու պարտականությունը կյանքի է կոչվում հենց զինապարտության միջոցով, իսկ ըստ օրենքի՝ զինապարտներ են համարվում նախազորակոչային, զորակոչային տարիքի և պահեստազորում հաշվառված արական, ինչպես նաև զինվորական մասնագիտություն ունեցող կամ զինվորական ծառայություն անցած իգական սեռի քաղաքացիները: Այսպիսով, «Զինապարտության մասին» ՀՀ օրենքում արդեն հստակ տարբերակվում են արական և իգական սեռերի քաղաքացիների սահմանադրական պարտականությունների կատարման հիմքերը. իգական սեռի դեպքում դա զինվորական մասնագիտության առկայությունը կամ նախկինում զինվորական ծառայություն անցած լինելու հանգամանքն է: Վերը նշված տարբերակումն առավել հստակեցվում է «Զինվորական ծառայություն անցնելու մասին» ՀՀ օրենքով, որի Հոդված 4-ը սահմանում է զինվորական ժամկետային ծառայության երկու տեսակներ՝ պարտադիր և պայմանագրային: Այսպես, պարտադիր զինվորական ծառայություն է համարվում զինված ուժեր և այլ զորքեր զորակոչված շարքային ու սպայական կազմերի, ռազմաուսումնական հաստատություններում սովորող կուրսանտների զինվորական ծառայությունը: Պայմանագրային զինվորական ծառայություն է համարվում զինված ուժերում և այլ զորքերում կամավոր հիմունքներով զինվորական ծառայություն անցնող շարքային, ենթասպայական, սպայական կազմի (այդ թվում՝ ռազմաուսումնական հաստատություններ կամ համապատասխան սպայական կամ սերժանտական դասընթացներ ավարտած) և կանանց զինվորական ծառայությունը: Այսպիսով, ի տարբերություն արական սեռի քաղաքացիների, իգական սեռի քաղաքացիների՝ ՀՀ պաշտպանությանը մասնակցելու «սահմանադրական պարտականությունը» փաստացի պարտադիր չէ, քանի որ բացառապես իրականացվում է պայմանագրային հիմքով: Իգական սեռի քաղաքացիները զինվորական ծառայության են անցնում կամավոր կամահայտնությամբ, ինչն արդեն իսկ բացառում է այն «պարտականություն» համարելու հնարավորությունը: Նույն օրենքի դրույթներով սահմանվում է, որ կին զինծառայողը պայմանագրային զինվորական ծառայության ընդունվում է, եթե կա թափուր պաշտոն, որը կարելի է համալրել իգական սեռի զինծառայողով: Ընդ որում, կին զինծառայողի՝ տվյալ պաշտոնն զբաղեցնելու հարցը որոշում է համապատասխան պետական լիազոր մարմնի ղեկավարը:

401. 2014թ. ՀՀ ՊՆ ռազմաուսումնական հաստատությունների ընդունելություններին նաև իգական սեռի դիմորդներից հայտեր ընդունելու վերաբերյալ ՀՀ ՊՆ որոշումը կարգավորման դաշտում որոշակի փոփոխություն մտցրեց: Այսպես, «Զինվորական ծառայություն անցնելու մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ ռազմաուսումնական հաստատություններ կամ համապատասխան սպայական կամ սերժանտական դասընթացներ ավարտած զինծառայողների հետուսումնական պայմանագրային զինծառայությունը պարտադիր է: Հետևաբար, ռազմաուսումնական հաստատություններ ընդունվող իգական սեռի անձանց համար, թե՛ սովորելու, թե՛ հետուսումնական ծառայությունը պարտադիր բնույթ է ստանալու:

402. ՀՀ զինված ուժերի արդիականացման և զարգացման առումով կանանց ներգրավումը զինծառայությանը խիստ արդիական է: Վերոնշյալ փաստարկներին հայաստանյան իրականության մեջ ավելանում է հայ կնոջ, պատմականորեն բազմիցս հաստատված, մարտունակ դերն ու պատրաստակամությունը՝ տղամարդու հետ մեկտեղ իրականացնելու պետության անվտանգության ապահովումը, աջակցելու Հայոց բանակի գործառույթների իրականացմանն ու մարտունակության բարձրացմանը: Այս առումով մեծապես կարևորվում է ՀՀ-ում գործող զորակոչային և պայմանագրային կարգով զինված ուժերի համալրման խառը համակարգում կանանց զանգվածային ներգրավման և զինծառայության ընթացքում սոցիալական պաշտպանվածության ապահովումը, ինչպես նաև զինծառայությունից հետո սոցիալական պաշտպանվածության առավելությունները երաշխավորումը:
403. Հաշվի առնելով վերը նշվածը, ինչպես նաև ՀՀ պաշտպանության ոլորտում ընթացող բարեփոխումներում գենդերային բաղադրիչի ներառման ընթացիկ աշխատանքները, **առաջարկվում է քննարկել նախագորակոչային ու զորակոչային տարիքի իգական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման, բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման խնդիրների իրավական կարգավորումը, ներառելով ՀՀ զինված ուժերում աղջիկների և տղաների ներգրավման հավասար արժևորման խնդիրները:**
404. «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հուլիսի 10-ի N 748-Ն, 2013 թվականի հուլիսի 25-ի N 806-Ն որոշումներում փոփոխություններ, 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման մեջ փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշմամբ (թիվ 019-Ն, 10.09.2015թ.) կանոնակարգել է զորակոչային տարիքի պատանիների ուղեգրման կարգը, ստացիոնար հետազոտման և բուժման պայմանները:
405. «Սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2000 թվականի օգոստոսի 28-ի թիվ 517 որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 806-Ն, ընդունվել է 25.07.2013թ., ուժի մեջ է 08.08.2013թ.) հաստատում է սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգը և սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը:
406. Սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգով կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի «Զինծառայողներին, ինչպես նաև փրկարար ծառայողներին և նրանց ընտանիքի անդամներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող վերոհիշյալ անձանց անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման հետ կապված հարաբերությունները:
407. Կարգը սահմանում է, թե ովքեր կարող են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալ, մասնավորապես, ցանկը ներառում է, ոչ միայն զինծառայող հանդիսացող և նրանց հավասարեցված անձինք և փրկարար ծառայության ծառայողները, այլ նաև նրանց ընտանիքների անդամները (բացառությամբ ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների), մասնավորապես՝ 18 տարին չլրացած երեխաները, անգործունակ ճանաչված կամ մինչև 23 տարեկան ուսանող զավակները, ինչպես նաև 18

տարեկան և դրանից բարձր տարիքի հաշմանդամ զավակները, եթե վերջիններս հաշմանդամ են ճանաչվել մինչև իրենց 18 տարին լրանալը, ծնողները, ամուսինները, խնամքի տակ գտնվող՝ 18 տարին չլրացած կամ անգործունակ ճանաչված, կամ մինչև 23 տարեկան ուսանող քույրը և եղբայրը, ինչպես նաև նրա խնամքի տակ գտնվող՝ 18 տարեկան և դրանից բարձր տարիքի հաշմանդամ քույրը և եղբայրը, եթե վերջիններս հաշմանդամ են ճանաչվել մինչև իրենց 18 տարին լրանալը (կետ 2)::

408. Սահմանվում է, որ ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների ընտանիքների անդամների, ՀՀ պաշտպանության մարտական գործողությունների մասնակիցների (այդ թվում՝ երկրապահ կամավորականների) և նրանց ընտանիքների անդամների, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողների, ինչպես նաև ծառայության ընթացքում զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում և փոխհատուցվում է ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման համաձայն՝ տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված «Առողջապահություն» բաժնի համապատասխան ծրագրերի շրջանակներում (Կետ 3):
409. Սահմանվում է նաև, որ «Զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների սոցիալական ապահովության մասին» և «Փրկարար ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքների համաձայն՝ զինծառայողները և նրանց ընտանիքների անդամներն անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում են ստանում համապատասխան գերատեսչական բժշկական հիմնարկներում, որը ծրագրի շրջանակներում լրացուցիչ չի փոխհատուցվում (Կետ 4):
410. Կարգով սահմանվում են բժշկական օգնության ու սպասարկման ֆինանսավորման առանձնահատկությունները (բաժին 2-րդ): Մասնավորապես սահմանվում է, որ ծրագրի շրջանակներում զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը փոխհատուցվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված և բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքված պայմանագրային գումարների սահմաններում (կետ 6):
411. Սահմանվում են բժշկական օգնության և սպասարկման ուղեգրման առանձնահատկությունները (բաժին 3-րդ):
412. Սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամների, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը կանոնակարգում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի «Զինծառայողներին, ինչպես նաև փրկարար ծառայողներին և նրանց ընտանիքի անդամներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողներին և նրանց հավասարեցված անձանց, նրանց ընտանիքների անդամներին, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողներին և նրանց ընտանիքների անդամներին, ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողներին (այսուհետ՝ զինծառայողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ) տրամադրվող բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների հետ կապված հարաբերությունները:
413. Մասնավորապես սահմանվում են ծրագրի շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա հիվանդությունների բուժման, դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները ծախսերն ըստ բժշկական օգնության ու սպասարկման տեսակների:
414. Սահմանվում է, որ ժամկետային պարտադիր զինվորական ծառայության շարքային և կրտսեր ենթասպայական կազմի զինծառայողների ընտանիքների անդամների, ՀՀ պաշտպանության մարտական գործողությունների մասնակիցների (այդ թվում՝ երկրապահ կամավորականների) և նրանց ընտանիքների անդամների, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողների, ինչպես նաև ծառայության ընթացքում զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը (ներառյալ ՀՀ կառավարության 2013 թվականի հուլիսի 25-ի N 806-Ն որոշման 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով հաստատված N 2 հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով սահմանված ծառայությունները) իրականացվում և փոխհատուցվում է տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված «Առողջապահություն» բաժնի համապատասխան

ծրագրերի շրջանակներում, և մասնավորեցվում են արողջությամբ և մասամբ փոխհատուցման ենթակա ծախսերն ըստ բժշկական օգնության ու սպասարկման տեսակների, դրանց գները (կետ 3):

415. Սահմանվում է հիվանդանոցային բժշկական օգնության ու սպասարկման ամբողջ ծավալը (կետ 4)
416. Սահմանվում է նաև ծրագրի շրջանակներում զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների համար փոխհատուցման ոչ ենթակա բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը, այդ թվում՝ նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի անձանց մանկաբարձական բուժօգնության (ծննդօգնություն և հղիության ախտաբանություն), ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) ֆունկցիայի և էրեկտիլ դիսֆունկցիայի (իմպոտենցիա) հետ կապված հետազոտությունները և բուժումը (կետ 5):
417. Որոշման մեջ չկա երեխայի սեռով պայմանավորված խտրական որևէ դրույթ, այդ թվում՝ պտղի սեռի խտրական ընտրությանը վերաբերող:
418. **Առաջարկվում է սոցիալական փաթեթի շահառուների համար ընդլայնել բժշկական ծառայությունների ցանկը, ներառել նաև վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու իրավունքը, ինչպես նաև հաշվի առնելով աշխատանքի պրոֆեսիոնալ վտանգները՝ պետության կողմից երաշխավորել այդ ծառայություններում ընդգրկված անձանց սեռաբաշխման, մասնավորապես սպերմայի կրիոկոնսերվացումն ու պահպանումը:**
419. **«Սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման, ինչպես նաև առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման ու վարման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 375-Ն, ընդունվել է 27.03.2014թ., ուժի մեջ է 17.04.2014)** հաստատում է սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգը, սոցիալական փաթեթի շահառուների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը, սոցիալական փաթեթի շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման հավաստագրի տրամադրման կարգը, առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման կարգը, սոցիալական փաթեթի շահառուի պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը:
420. Սահմանվում է, որ սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը, ֆինանսավորվում են յուրաքանչյուր տարի ՀՀ պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցների հաշվին:
421. Սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգով կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման հետ կապված հարաբերությունները: Կարգով սահմանվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող անձանց շրջանակը՝ շահառուները (կետ 2):
422. Կարգի 2-րդ գլխում սահմանվում են բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հետ կապված առանձնահատկությունները, սահմանվում է, որ ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնության և սպասարկման գները հաստատում է ՀՀ առողջապահության նախարարը՝ համաձայնեցնելով ՀՀ ֆինանսների նախարարի հետ (կետ 8):
423. Կարգի 3-րդ գլխում սահմանվում է բժշկական օգնության և սպասարկման ուղեգրումը:
424. Սոցիալական փաթեթի շահառուների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը կարգավորում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառուներին տրամադրվող բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների տեսակների հետ կապված հարաբերությունները:

425. Մասնավորապես, սահմանվում է փաթեթի ծավալը, այդ թվում՝ հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակները, վնասվածքների հիվանդանոցային պայմաններում արտահիվանդանոցային ձևով իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող հատուկ և դժվարամատչելի ամբուլտորոշիչ հետազոտությունները, կիրառվող համավճարները, պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը, ծրագրի շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա և ոչ ենթակա բժշկական ծառայությունները:
426. Սոցիալական փաթեթի շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման հավաստագրի տրամադրման կարգով կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառուների անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման հավաստագրի տրամադրման հետ կապված հարաբերությունները: Սահմանվում է, որ հավաստագիրն առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքը հաստատող փաստաթուղթ է, որի ձևը հաստատվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (կետ 2):
427. Առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման կարգով կարգավորվում է «Հանրային ծառայության մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասով սահմանված մարմինների՝ բացառությամբ նույն հոդվածի 1-ին մասի 8-րդ և 14-րդ ենթակետերի (բացառությամբ Երևանի քաղաքապետարանի), և նրանց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների, ինչպես նաև նրանց համակարգի մեջ մտնող 50 տոկոս և ավելի՝ պետությանը սեփականության իրավունքով պատկանող բաժնեմաս ունեցող փակ բաժնետիրական ընկերությունների (այսուհետ՝ մարմիններ և կազմակերպություններ) աշխատողների (բացառությամբ գինձառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց) և ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետով նախատեսված անձանց վերաբերյալ առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման հետ կապված հարաբերությունները: Սահմանվում է, որ էլեկտրոնային շտեմարանը վարում է ՀՀ կառավարության աշխատակազմը (կետ 5):
428. Սոցիալական փաթեթի շահառուի պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթով սահմանվում են արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող բժշկական ծառայությունների ցանկը (կետ 1), այդ թվում՝ ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվությունը, գինեկոլոգի խորհրդատվությունը՝ կանանց բոլոր տարիքային խմբերի համար, ուրոլոգի խորհրդատվությունը՝ տղամարդկանց բոլոր տարիքային խմբերի համար:
429. ՀՀ կառավարության որոշման պահանջներին համապատասխան, ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվել են սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման չափորոշիչը, հրամանի համաձայն իրականացվել է սոցիալական փաթեթի շահառուների մուտքագրումն էլեկտրոնային շտեմարան:
430. Որոշումը պտղի սեռի ընտրության խտրական որևէ դրույթ չի պարունակում:
431. **«Հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշմամբ** (թիվ 1116-Ն, ընդունվել է 05.08.2004թ., ուժի մեջ է 02.09.2004թ.) հաստատվում է՝ հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները, հղիության վիրահատական արհեստական ընդհատման բժշկական հակացուցումների ցանկը, հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումների ցանկը, հղիության արհեստական ընդհատման սոցիալական ցուցումների ցանկը, հղիության դեղորայքային արհեստական ընդհատման պայմանները և հակացուցումների ցանկը, հղիության վիրահատական արհեստական ընդհատման համար հետազոտությունների ցանկը:
432. Որոշմամբ հաստատված հղիության արհեստական ընդհատման կարգով և պայմաններով սահմանվում է, որ, որ հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 9 շաբաթական ժամկետը կատարվում է վիրահատական կամ դեղորայքային ընդհատման ճանապարհով, իսկ 9-12 շաբաթական ժամկետում՝ միայն վիրահատական ընդհատման միջոցով:
433. Մինչև 22 շաբաթական ժամկետը՝ բժշկական և սոցիալական ցուցումներով հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է բժշկական հաստատությունում մշտապես գործող մասնագիտական հանձնաժողովի որոշման հիման վրա՝ կնոջ համաձայնությամբ:

434. Հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական ցուցումների ցանկը ներառում է հղի կնոջ թվով 13 հիվանդությունները և մի շարք ֆիզիոլոգիական և այլ վիճակներ, պտղի և երեխաների ախտաբանական վիճակները:
435. Որպես հղիության արհեստական ընդհատման սոցիալական ցուցումներ սահմանվում են՝ հղիության ժամանակ մայրական իրավունքից զրկվելը, ամուսնալուծությունը հղիության ժամանակ, հղիությունը բռնաբարությունից հետո:
436. Հղիության դեղորայքային արհեստական ընդհատման պայմանները ներառում են հղիության դեղորայքային արհեստական ընդհատման բացարձակ հակացուցումներն ու հարաբերական հակացուցումները: Սահմանվում են հղիության վիրահատական արհեստական ընդհատման իրականացման համար հղի կնոջ հետազոտման ծավալները՝ հղիության վաղ (մինչև հղիության 12 շաբաթականը) և հղիության ուշ (12 շաբաթական և ավելի) ժամկետներում:
437. Կարգը սահմանվում է, որ հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 9 շաբաթական ժամկետը կատարվում է վիրահատական կամ դեղորայքային ընդհատման ճանապարհով, իսկ 9-12 շաբաթական ժամկետում՝ միայն վիրահատական ընդհատման միջոցով: Մինևույն ժամանակ ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվել են գործելակարգեր և Առողջության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) ուղեցույցները, որոնց համաձայն, բժշկական ցուցման դեպքում հղիության դեղորայքային ընդհատման մեթոդը կամ այդ նպատակով կիրառվող դեղորայքը գործածվում է հղիության ցանկացած ժամկետներում, ինչպես նաև ծննդալուծման նպատակով բժշկական ցուցումներով ծննդաբերության դրդման և խթանման համար:
438. Հակասություն կա նաև որոշման 5-րդ Հավելվածի 1-ին կետի «գ» ենթակետի բովանդակության հետ, որը սահմանում է, որ վերջին դաշտանի առաջին օրվանից հաշված 63 օր հետո չի կարող կատարվել դեղորայքային աբորտ: Հակասությունը վերացնելու համար անհրաժեշտ է իրավական ակտում կատարել համապատասխան փոփոխություն:
439. Կարգի 3-րդ կետը սահմանում է, որ մինչև 22 շաբաթական ժամկետը՝ բժշկական և սոցիալական ցուցումներով հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է կնոջ համաձայնությամբ, բժշկական հաստատությունում մշտապես գործող մասնագիտական հանձնաժողովի որոշման հիման վրա՝ հաստատված բժշկական կամ սոցիալական ցուցումների ցանկին համապատասխան:
440. Միաժամանակ կարգի 20-րդ կետը սահմանում է, որ եթե կնոջ մոտ առկա կյանքի համար վտանգ ներկայացնող ախտաբանական վիճակը, որը բժշկական ցուցում է հղիության արհեստական ընդհատման համար, սակայն չի նախատեսվել տվյալ ցանկով, ապա հղիության ընդհատման հարցը լուծվում է հանձնաժողովի կողմից՝ համապատասխան մասնագետների ներգրավմամբ:
441. Կարգը չի նախատեսվում դրույթ անհետաձգելի իրավիճակների համար, երբ մասնագիտական հանձնաժողովի որոշումն ունենալը հնարավոր չէ: Չի նախատեսվում նաև դրույթ առ այն, որ պարտադիր է բժշկական և սոցիալական ցուցումների համար հիմք հանդիսացող փաստաթղթերի (այդ թվում՝ ախտորոշումները հաստատող բժշկական հետազոտությունների արդյունքները հավաստող) առկայությունը և աբորտի հիմնավորման ամրագրումը հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական քարտում:
442. Մինչև 22 շաբաթական ժամկետի դեպքում հղիության արհեստական ընդհատման համար հանձնաժողովի որոշման պայմանը արտացոլված չէ «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում, և քանի որ, այս դրույթը կրում է պարտադիր բնույթ և խստացնում է բժշկական գործելակարգը, ապա առավել նպատակահարմար է, որ այն ամրագրվի օրենքով:
443. Դեղորայքային ընդհատման մեթոդը կիրառվում է առանց բժշկի հսկողության, և նույնիսկ տան պայմաններում, հաճախ՝ 12 շաբաթականը գերազանցող ժամկետներով և պայմանավորված պտղի սեռով, հետագա բարդություններով և ծանրագույն հետևանքներով, և հետևաբար անհրաժեշտ է կարգում ամրագրել դրույթ՝ հղիության դեղորայքային ընդհատման նպատակով կիրառվող դեղորայքը միայն դեղատոմսով բաց թողնելու և դրանց նկատմամբ հսկողության խիստ համակարգի կիրառման վերաբերյալ, ինչը նաև կկանխարգելի ոչ միայն ինքնուրույն հրահրված աբորտները, վիճակագրության խեղաթյուրումները, այլև նաև պտղի սեռով պայմանավորված աբորտները:
444. Թեև ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվել են միջոցառումներ՝ կանոնակարգելու այս խնդիրը անհատական ակտերի մակարդակում, այնուամենայնիվ, սույն կարգով հսկողությունը խստացնող համապատասխան դրույթի (ների) ամրագրումը ավելի կբարձրացնի առաջարկված լուծման իրավական կշիռը:

445. Կարգը չի պարունակում դրույթներ սահմանված գործելակարգերի խախտման դեպքում պատժամիջոցների կիրառման վերաբերյալ, իսկ Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ օրենքը որևէ կերպ չի անդրադառնում հղիության արհեստական ընդհատումների հետ կապված ընթացակարգերի խախտմանը:
446. Կարգը, ինչպես և մայր օրենքը չեն պարունակում դրույթներ պտղի սեռի խտրական ընտրության խնդրի վերաբերյալ, ամրագրված չէ սելեկտիվ աբորտի արգելքի մասին որևէ դրույթ:
447. Ավելին, կարգավորումներում առկա են որոշակի բացեր, որոնք հնարավորություն են ընձեռում պտղի սեռի հատկանիշով հղիության ընդհատման համար: Օրինակ՝ հղիության արհեստական ընդհատման բժշկական և սոցիալական ցուցումների ցանկերում առկա են անհամապատասխանություններ ՀՄԴ-10 դասակարգչի նկատմամբ, որոնք հնարավորություն են տալիս բժշկական ցուցումների մեծ ցանկից օգտվելով կատարել 12 շաբաթական ժամկետը գերազանցող հղիության արհեստական ընդհատում՝ պայմանավորված պտղի սեռի հատկանիշով:
448. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություն կատարելու մասին» ՀՀ օրենքի նախագծում ներառված են վերոհիշյալ բոլոր խնդիրներն ու առաջադրված են համապատասխան լուծումներ, ուստի ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից նշված օրենքի նախագծի ընդունումից հետո ամբողջությամբ կվերանայվի «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգը և պայմանները հաստատելու մասին» գործող կարգավորումները:
- 449. Անհրաժեշտ է վերլուծել վիճակագրական տվյալները և պարզաբանել սոցիալական ցուցումներով իրականացվող հղիության արհեստական ընդհատման դեպքերը և ըստ անհրաժեշտության վերանայել ցուցումները:**
450. «Բժշկական ամլացումն իրականացնելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 425, ընդունվել է 06.07.1998թ. ուժի մեջ է 27.07.1998թ.) սահմանում է, որ բժշկական ամլացումը հատուկ միջամտություն է, որը կիրառվում է որպես բեղմնականխման մշտական եղանակ մարդու սերնդի վերարտադրման ընդունակությունից զրկելու նպատակով: Տղամարդկանց մոտ վիրաբուժական ամլացման միջամտությունը սերմն արտահանող ծորանների կապումը կամ հատումն է, շրջափակումը կամ խցանումը, իսկ կանանց մոտ՝ ֆալոպյան փողերի կապումը կամ հատումը:
451. Որոշումն ամրագրում է, որ բժշկական ամլացումը կամավոր է, այն իրականացվում է քաղաքացու գրավոր դիմումի (տեղեկացված համաձայնության) առկայության դեպքում, իսկ բժշկական ամլացմանը ենթակա չեն դատարանի կողմից անգործունակ կամ սահմանափակ գործունակ ճանաչված անձինք:
452. Կարգը սահմանում է բժշկական ամլացում կատարելու նպատակահարմարության չափանիշները, մասնավորապես, սահմանվում է, որ բժշկական ամլացումը նպատակահարմար է, եթե քաղաքացին վստահ է, որ այլևս չի ցանկանում երեխաներ ունենալ, իսկ բժշկական ամլացումը կատարվում է, եթե, մասնավորապես, ընտանիքն ունի չորս և ավելի երեխա:
453. Կամավոր բժշկական ամլացմանը «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքն անդրադառնում է 9-րդ հոդվածում, որում ամրագրված են դրույթներ առ այն, որ չափահաս կանայք և տղամարդիկ իրավունք ունեն դիմելու կամավոր բժշկական ամլացման՝ անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու նպատակով և, որ կամավոր բժշկական ամլացումն իրականացվում է միայն չափահաս անձանց նկատմամբ՝ նրանց իրազեկված համաձայնության դեպքում, իսկ բժշկական ամլացում կատարելու կարգն ու պայմանները սահմանում է ՀՀ կառավարությունը:
454. ՀՀ կառավարության կողմից «Բժշկական ամլացումն իրականացնելու կարգը» հաստատվել է 1998թ., «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 9 հոդվածին համապատասխան:
455. Սակայն այս կարգը գործնականում չի աշխատում մի շարք պատճառներով՝ մշակույթի բացակայություն, թե՛ բնակչության և թե՛ մասնագետների ոչ բավարար իրազեկվածություն, առանձին դրույթների վերաբերյալ մեխանիզմների անկատարություն և անհամապատասխանություն՝ վերարտադրողական առողջության և իրավունքի ոլորտում առկա զարգացումներին:
456. Օրինակ, կարգում սահմանված չէ նախագրուշակյան տեղեկատվության տրամադրման և/կամ իրազեկված համաձայնություն ստանալու ընթացակարգը: Դրանք սահմանելու լիազորությունները վերապահված չեն որևէ մարմնի,
457. Բժշկական ամլացում իրականացնելու պայմանները վերաբերում են հիմնականում կանանց,։ Որպես ամլացման պայման սահմանվում է կնոջ 40 տարեկան և ավելի լինելը, ինչը անտրամաբանական է վերարտադրողական ակտիվության և անցանկալի հղիությունների ռիսկերի տեսանկյունից:



458. Անհրաժեշտ է ամբողջությամբ վերանայել կարգը և համապատասխանեցնել այն Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքի մասին ՀՀ օրենքի դրույթներին ու տրամաբանությանը:
459. Փաստաթուղթը պտղի սեռի ընտրության առումով խտրական դրույթ չի պարունակում:
460. «Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգը, մեթոդների տարատեսակներն ու բժշկական գործելակերպը սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 214-Ն, ընդունվել է 07.03.2013թ., ուժի մեջ է 30.03.2013թ.) սահմանում է վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման մեթոդների տարատեսակները, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգն ու բժշկական գործելակերպը և կարգավորում վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգի ու բժշկական գործելակերպի հետ կապված հարաբերությունները:
461. Կարգը սահմանում է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձինք այդ ծառայությունները մատուցող բժշկական կազմակերպությունների կողմից նախապես իրազեկվում են օժանդակ տեխնոլոգիաների հետ կապված բժշկական և իրավական հարցերի, դրանց կիրառման մասնագիտական գործելակարգերի վերաբերյալ:
462. Սահմանվում է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների բժշկական գործելակերպին ներկայացվող պահանջներն այդ տեխնոլոգիաների կիրառմանը ներկայացվող մասնագիտական պահանջներն են:
463. Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման գործընթացում բեղմնավորման առանձին կամ բոլոր փուլերը և սաղմի (սաղմերի) վաղ զարգացումն իրականացվում է մարդու մարմնից դուրս:
464. Սահմանվում է, որ արտամարմնային բեղմնավորում իրականացնելու նպատակով սերմնաբջիջների անհայտ դոնորի ընտրությունը պացիենտների կողմից կատարվում է ինքնակամ, ֆենոտիպի նկարագրության հիման վրա:
465. Մինչև սաղմի (սաղմերի) տեղափոխումն արգանդի խոռոչ, ըստ բժշկական ցուցումների, իրականացվում է նախաիմպլանտացիոն բժշկագենետիկ հետազոտություն և ախտորոշում, սաղմի արտաքին թաղանթի պատռում (օժանդակ հետչինգ), որի նպատակն արգանդում սաղմի ներպատվաստման հավանականության բարձրացումն է:
466. Հղիության վաղ ախտորոշումն իրականացվում է սաղմերի տեղափոխումից 12-14 օր հետո, իսկ հղիության գերձայնային ախտորոշումն իրականացվում է սաղմի/սաղմերի տեղափոխումից հետո՝ 21-րդ օրը:
467. Կարգը սահմանում է, որ բազմապտուղ (3 և ավելի) հղիություն դեպքում հղիի դիմումի և իրազեկված գրավոր համաձայնությամբ կատարվում է զարգացող սաղմերի/պտուղների կրճատում (ռեդուկցիա) վիրահատական միջամտության միջոցով՝ կնոջ կողմից նշված քանակին համապատասխան, սակայն ոչ ավելի քան 3 սաղմ/պտուղ: Սաղմերի/պտուղների թվի պահպանելու կամ հեռացնելու միջամտությունն իրականացվում է գերձայնային հետազոտության պայմաններում՝ մինչև հղիության 10 շաբաթական ժամկետը:
468. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի հոդված 11-րդ հոդվածով ամրագրված է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների (ՎՕՏ) կիրառման կարգը, մեթոդների տարատեսակներն ու բժշկական գործելակերպը սահմանում է ՀՀ կառավարությունը:
469. Օրենքը նաև սահմանում է, որ վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաները կիրառվում են բժշկասոցիալական ցուցումների հիման վրա, որը հաստատում է առողջապահության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմինը:
470. Սակայն բժշկասոցիալական ցուցումների ցանկը դեռևս հաստատված չէ: ՀՀ ԱՆ 03.07.2015թ. N39-Ն հրամանով սահմանված են միայն բժշկական ցուցումները՝ պետական պատվերով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների տրամադրման ծրագրի շրջանակներում, մինչդեռ սոցիալական ցուցումների խնդիրը դեռևս բաց է, իսկ դրանց անհարաժեշտության հարցը, ըստ մասնագետների, քննարկման թեմա է: Այն կարող է կարևորվել պտղի սեռի խտրական ընտրության տեսանկյունից:

471. Հաշվի առնելով, որ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը հնարավորություն է տալիս կանխորոշել և կամ նպաստել պտղի սեռի ընտրությանը՝ **առաջարկվում է որոշման մեջ ավելացնել դրույթ այդ հնարավորության օգտագործումն ու պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու մասին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է բժշկական ցուցում:**
472. «**Վերարտադրողականության դոնորների, ինչպես նաև վերարտադրողականության դոնոր չհանդիսացող քաղաքացիների կողմից սեռաբջիջների տրամադրման, տրամադրված սեռաբջիջների և սաղմի պահպանման կարգն ու պայմանները հաստատելու և ՀՀ կառավարության 2003 թվականի հոկտեմբերի 2-ի N 1273-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 907-Ն, ընդունվել է 22.08.2013թ., ուժի մեջ է 21.09.2013թ.) հաստատում է վերարտադրողականության դոնորների, ինչպես նաև վերարտադրողականության դոնոր չհանդիսացող քաղաքացիների կողմից սեռաբջիջների տրամադրման, տրամադրված սեռաբջիջների ու սաղմի պահպանման կարգը և պայմանները և կարգավորում սեռաբջիջների դոնորի, ինչպես նաև դոնոր չհանդիսացող քաղաքացու կողմից սեռաբջիջների տրամադրման, տրամադրված սեռաբջիջների և սաղմի պահպանման հետ կապված հարաբերությունները:**
473. Վերարտադրողական առողջության ոլորտում առկա բժշկական նոր տեխնոլոգիաների զարգացումներով պայմանավորված՝ կարգը լրամշակվել է 2013թ.:
474. Կարգը սահմանում է, որ քաղաքացիների և բժշկական կազմակերպության միջև սեռաբջիջների տրամադրման ու պահպանման հետ կապված իրավահարաբերությունները կարգավորվում են ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով կնքված պայմանագրով, որով պետք է նախատեսվեն պայմանագրի կողմերը, պայմանագրի կողմերի իրավունքները և պարտականությունները, սեռաբջիջի ու սաղմի պահպանման ժամկետը, տնօրինման իրավունքը, կողմերի համաձայնությամբ՝ այլ պայմաններ:
475. Սահմանվում են սերմի, ձվաբջիջների ստացման կարգն ու պայմանները, սերմի և սաղմի պահպանման կարգն ու պայմանները: Մասնավորապես սահմանվում է, որ սեռական բջիջների և սաղմերի պահպանման նպատակով անհրաժեշտ է կատարել կրիոկոնսերվացված սերմի ու սաղմի ծածկագրավորում և նշագրում և տրվում է ծածկագրավորմանն ու նշագրմանն ներկայացվող պահանջները:
476. Թեև որոշումը կարգավորում է ինչպես սեռաբջիջների դոնորի (Հոդված 14), այնպես էլ դոնոր չհանդիսացող քաղաքացու (Հոդված 7) կողմից սեռաբջիջների տրամադրման, տրամադրված սեռաբջիջների և սաղմի պահպանման հետ կապված հարաբերությունները, սակայն, հարկ է նշել, որ, եթե կարգը գործում է վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման գործընթացների շրջանակներում՝ դոնորության հետ կապված իրավահարաբերություններում, ապա այն գրեթե չի գործում «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի շրջանակներում, քանի որ չեն մշակվել և հաստատվել համապատասխան մեխանիզմներ այդ գործընթացները քաղաքացու համար մատչելի և հասանելի դարձնելու համար և, հետևաբար, չի ապահովվում այդ իրավունքի իրացումը հատկապես բնակչության սոցիալապես անապահով խավերի համար:
477. Միաժամանակ հասկանալի չէ, թե այդ գործընթացում պետությունը քաղաքացիների այդ իրավունքի/հնարավորության իրացման համար ինչ է երաշխավորում՝ ինչպիսի պայմաններ են սահմանվում և ինչպես է ապահովվում մատչելիությունը: Այս տեսանկյունից «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածը վերախմբագրման և հստակեցման կարիք ունի:
478. Սույն որոշումը ակտը պտղի սեռի ընտրության առումով որևէ խտրական դրույթ չի պարունակում:
479. «**Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգն ու շահառուներին ներկայացվող պահանջները սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը (թիվ 568-Ն, ընդունվել է 27.05.2015թ., ուժի մեջ է 10.07.2015թ.) կարգավորում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման հետ կապված հարաբերություններն ու շահառուներին ներկայացվող պահանջները:**
480. Որոշումը սահմանում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալները և ամրագրում, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ

պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը չեն ներառում արտամարմնային բեղմնավորումն ու փոխնակ մայրությունը:

481. Որոշմամբ սահմանվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու իրավունք ունեցողները՝ շահառուները, նրանց ներկայացվող ընդհանուր պահանջները, պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգը ուղեգրման կարգը, այդ նպատակով քաղաքացիների դիմումները քննարկելու և նրանց համապատասխան բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրելու նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարարությունում հանձնաժողովի ձևավորման և գործունեության կարգը, ուղեգրի ձևը:
482. Որոշմամբ սահմանվել են պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով ՎՕՏ-ի կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման հետևյալ ծավալները՝ անպտղության պատճառագիտության ախտորոշման և կիրառվելիք մեթոդի որոշման նպատակով իրականացվող համալիր հետազոտությունները. վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ արհեստական սերմնավորման մեթոդով (առավելագույնը 6 փորձ, երեք դաշտանային պարբերաշրջանում մինչև 6 սերմնավորում). մինչ արտամարմնային բեղմնավորումն իրականացվող հետազոտությունները՝ եթե առկա են արտամարմնային բեղմնավորման իրականացման վերաբերյալ որոշումը և հնարավորությունը հավաստող փաստաթղթեր:
483. Որոշման համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար պայմաններով վերը ներկայացված ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեն անապահովության գնահատման համակարգում ընդգրկված 30.00 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառու կանայք և նրանց ամուսինները, իսկ վերը ներկայացված ծառայություններից արտոնյալ պայմաններով (արժեքի 50%) օգտվելու իրավունք ունեն անապահովության գնահատման համակարգում ընդգրկված 10.00-ից մինչև 30.00 անապահովության միավոր ունեցող նպաստառու կանայք և նրանց ամուսինները:
484. Փաստաթուղթը որևէ խտրական դրույթ պտղի սեռի ընտրության առումով չի պարունակում:
485. **Առաջարկվում է որոշման մեջ ներառել համապատասխան դրույթ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու նպատակով (բացառությամբ՝ բժշկական ցուցման դեպքում):**
486. «**2016 թվականի ընթացքում սահմանամերձ առանձին գյուղական համայնքների մի խումբ բնակիչների համար վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետության կողմից երաշխավորված կարգով իրականացնելու մասին**» ՀՀ կառավարության որոշման (թիվ 1528-Ն, ընդունվել է 24.12.2015թ., ուժի մեջ է 26.12.2015թ.) համաձայն 2016 թվականի ընթացքում սահմանամերձ գյուղական համայնքների 35 անպտղություն ունեցող ամուսնական զույգերին տրամադրելու է վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ առաջնահերթությունը տալով սահմանապահ գյուղերի անպտուղ զույգերին:
487. Փաստաթուղթը որևէ խտրական դրույթ պտղի սեռի ընտրության առումով չի պարունակում:
488. **Առաջարկվում է որոշման մեջ ներառել համապատասխան դրույթ՝ պետության կողմից երաշխավորված կարգով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու նպատակով (բացառությամբ՝ բժշկական ցուցման դեպքում):**
489. «**Հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում բուժօգնության կազմակերպման և տրամադրման կլինիկական չափորոշիչները հաստատելու մասին**» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (թիվ 975-Ա, ընդունվել է 15.06.2010թ.), Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հետ համագործակցության շրջանակներում, օգտագործելով ապացուցողական բժշկության դրույթները սահմանվում են լավագույն փորձի ուղենիշները, որոնցով հնարավոր է. ապահովել հղիության արհեստական ընդհատման անվտանգությունը, ներդնել հետաքրորտային խնամքի լավագույն փորձը, մասնավորապես՝ օժանդակել հղիության ընդհատման համապարփակ բուժօգնություն և խնամքը իրականացնող պրակտիկ բժիշկներին, որպեսզի իրենց աշխատանքում օգտագործեն ապացույցների վրա հիմնված գործելակերպ, ջանքեր գործադրել օպտիմալ չափորոշիչներին հասնելու և դրանք պահպանելու գործում, նպաստել հղիության ընդհատման լրացուցիչ ծառայությունների պլանավորմանը և

զարգացմանը, հղիության ընդհատման ծառայություն մատուցողներին օգնել իրականացնելու կանանց խնամքին ուղղված միջոցառումներ, բարելավել աբորտի մոնիտորինգի և գնահատման ծառայությունների որակը:

490. Փաստաթղթում անդրադարձ է կատարվում Հայաստանում հղիության ընդհատումների իրավիճակին, մասնավորապես նշվում է, որ Հայաստանում մայրական և մանկական մահացության մակարդակները մի քանի անգամ գերազանցում են զարգացած երկրների նույն ցուցանիշները, աբորտը Հայաստանում ամենաշատ իրագործվող վիրաբուժական միջամտություններից է և այն դեռ օգտագործվում է, որպես ընտանիքի պլանավորման մեթոդ և հանդիսանում է ծնելիության վերահսկման հիմնական մեթոդը, հաճախ ուղեկցվելով մեծ դիսկոլ, որն ավելի է վատթարացնում վերարտադրողական առողջությունը:
491. Ընտանիքի պլանավորման արդյունավետ ծառայության բացակայությունը, խորհրդատվության, ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների հասանելիության պակասը, ինչպես նաև վարքագծային կարծրատիպերը այն հիմնական գործոններն են, որոնք հանգեցնում են Հայաստանում աբորտների բարձր ցուցանիշին:
492. Դեռահասների հղիությունների մինչև 10 տոկոսը, 20-24 տարեկան կանանց՝ հղիությունների մեկ քառորդը, 25-34 տարեկան կանանց՝ հղիությունների կեսը, 35-44 տարեկան կանանց հղիությունների համարյա երեք քառորդը ավարտվում են աբորտներով:
493. Աբորտների ցուցանիշը կտրուկ աճում է հղիությունների հերթականությանից կախված: Այսպես, եթե առաջին հղիության 2 տոկոսն է ավարտվում արհեստական ընդհատումով, ապա մինչև հինգ կամ ավելի հղիությունների՝ շուրջ 79 տոկոսը (կետ 1.1):
494. Փաստաթղթում ներկայացվում է հղիության ապահով ընդհատման ծառայությունների և նախաաբորտային խնամքի կազմակերպումը, այդ թվում՝ հղիության ախտորոշումը, գերծայնային հետազոտությունը՝ մասնավորապես հղիության ժամկետի ճշգրիտ գնահատման և հղիության ընդհատման կամ շարունակման վերաբերյալ որոշում կայացնելու նպատակով, կյանքի, անձնական և ընտանեկան անամնեզը (կետ 3.1.6):
495. Փաստաթղթի 3.3 կետում ներկայացվում է նախաաբորտային տեղեկատվությունն ու խորհրդատվությունը, մասնավորապես՝ տեղեկացված համաձայնության ձեռքբերումը, որի նպատակն է հաստատել, որ կնոջ որոշումը կամավոր է, գիտակցված և նա տալիս է իր համաձայնությունը աբորտի համար: Գիտակցված համաձայնության ստացումը և գնահատումը, որը թույլ է տալիս եզրակացնելու, որ աբորտ կատարելու որոշումը կայացվել է կնոջ կողմից առանց պարտադրանքի, ինչը հանդիսանում է աբորտի ընթացակարգի կարևորագույն մասը:
496. Փաստաթուղթն ամրագրում է, որ կնոջը պետք է տրամադրվի ճշգրիտ և մանրամասն տեղեկատվություն աբորտի ռիսկերի և բարդությունների վերաբերյալ: Այս տեղեկատվությունը պետք է տրամադրվի անհատական խորհրդատվության ժամանակ, հասկանալի և պարզ լեզվով: Հղիներին պետք է տրամադրել հոգեբանական աջակցություն և նրանք պետք է հնարավորություն ունենան զրուցելու և կիսելու իրենց զգացմունքները աբորտ անելու որոշման վերաբերյալ:
497. Աբորտի վերաբերյալ խորհրդատվությունը պետք է տրամադրվի առողջապահական ցանկացած հաստատությունում: Հարցազրույցի ժամանակ մեկուսանալու հնարավորությունը կարևոր է և յուրաքանչյուր կին պետք է ազատ լինի ընտրելու հարցազրույցը անցնելու առանձին կամ զուգընկերոջ, ծնողի կամ ընկերուհու մասնակցությամբ: Կարևոր է, որ յուրաքանչյուր կնոջը տրամադրվի այնպիսի մակարդակի խորհրդատվություն, որն անհրաժեշտ է նրա համար, որը կարող է ընդգրկել աբորտի մեթոդների վերաբերյալ տեղեկատվությունից մինչև դրանց առավելությունների և թերությունների նշումը, ինչպես նաև կնոջ անհատական խնդիրների խորը քննարկումը (երեխային ընտանիքում մեծացնելը, միայնակ ծնող, որդեգրում, որդեգրող ընտանիքներ և այլն, ելնելով կնոջ արժեքների համակարգից և կյանքի իրականությունից) (կետ 3.3.1.): Յուրաքանչյուր կին պետք է կայացնի իր սեփական որոշումը և, եթե իրավական պահանջ չկա, նրան չպետք է պարտադրվի ընդգրկել իր ծնողներին կամ զուգընկերոջը (կետ 3.3.2):
498. Սահմանվում են հղիության վերաբերյալ խորհրդատվության հիմնական բաղադրիչները, այդ թվում՝ որոշում կայացնելու խորհրդատվությունը (կետ 3.3.3):
499. Փաստաթղթում ներկայացվում են նաև հանրային իրազեկման համար հիմնական ուղեբժները, այդ թվում՝ առանց պարտադրանքի, խտրականության և բռնության երեխաներ ունենալու մասին որոշում կայացնելու կանանց իրավունքի մասին. այն հանգամանքների մասին, որոնց ներքո աբորտը թույլատրված է: (կետ 3.3.4):

- 500.Ներկայացվում է որոշման կայացման համար խորհրդատվության առանձնահատկությունները և, մասնավորապես նշվում, որ խորհրդատվությունը կարող է շատ կարևոր լինել՝ օգնելու կնոջը քննարկելու նրա ընտրանքները և համոզվելու, որ ինքնուրույն որոշման կայացումը կատարվել է նրա կողմից (կետ 3.3.5):
501. Խորհրդատվությունը պետք է լինի կամավոր, գաղտնի և այն պայմանով, որ այն անցկացվի հատուկ պատրաստված անձի կողմից: Եթե կինը գերադասում է աբորտը, ապա բուժաշխատողը պետք է բացատրի աբորտ իրականացնելու համար բոլոր օրենսդրական պահանջները: Անցանկալի հղիությամբ յուրաքանչյուր կին, որը նպատակ ունի աբորտ անելու, պետք է ստանա որակավորում ստացած այն բուժաշխատողի խորհրդատվությունը, որը լրիվ պատկերացում և փորձ ունի աբորտի տարբեր մեթոդների վերաբերյալ: Ինֆորմացիան պետք է մատուցվի յուրաքանչյուր կնոջը, անկախ նրա տարիքից և հանգամանքներից, այնպես, որ նա կարողանա հասկանալ տրված տեղեկատվությունը, ինչը թույլ կտա նրան կայացնելու իր որոշումները՝ արդյոք աբորտ անել՝ և ո՞ր մեթոդը ընտրել (կետ 3.3.5):
502. Բուժաշխատողը պետք է նաև ինֆորմացիա ապահովի այն կանանց համար, որոնք որոշում են պահել հղիությունը մինչև ժամկետի վերջը և/կամ քննարկել աբորտի հնարավորությունը կամ անհնարինությունը անհրաժեշտության դեպքում ընդհուպ մինչև այլ բժշկական հաստատություն փոխադրումը (կետ 3.3.5):
503. Սահմանվում է, որ եթե բուժաշխատողները կնոջ որոշման նկատմամբ պարտադրանք են կասկածում, ապա նրանք պետք է առանձին խոսեն կնոջ հետ կամ նրան ուղարկեն լրացուցիչ խորհրդատվության: Եթե բուժանձնակազմը գիտի կամ կասկածում է, որ կինը սեռական բռնության կամ կոպիտ վերաբերմունքի է ենթարկվել, ապա, ըստ անհրաժեշտության, նրանք պետք է ուղեգրվեն համապատասխան խորհրդատվական կամ մասնագիտական ծառայություններ: Բուժհաստատությունների ղեկավարները պետք է ապահովեն, որ ողջ անձնակազմը տեղեկացված լինի նման ռեսուրսների առկայության մասին առողջապահական համակարգում և համայնքում (կետ 3.3.5):
504. Ինչպես խորհրդատվական, այնպես էլ աբորտի ընթացակարգերը պետք է տրամադրվեն որքան հնարավոր է շուտ, առանց անհարիր ուշացման: Այնուամենայնիվ, կլինիցիստները պետք է հաշվի առնեն, որ որոշ կանանց լրացուցիչ ժամանակ և աջակցություն է անհրաժեշտ իրենց որոշումը կայացնելու համար (կետ 3.3.5):
505. Փաստաթուղթն անդրադառնում է նաև ապահով աբորտների կատարմանը ներկայացվող պահանջներին (գլուխ 7), մասնավորապես՝ ներկայացվում են ուղեգրման մեխանիզմները (կետ 7.2.), որտեղ ամրագրվում է, որ եթե անցանկալի հղիությամբ ներկայացած կանայք օրինական աբորտի իրավունք չունեն, մասնավորապես ժամկետը գերազանցում է 12 շաբաթը, ապա շատ կարևոր է, որ բուժանձնակազմը կարողանան աջակցություն ցուցաբերել և տրամադրել ինֆորմացիա կամ խորհրդատվություն, այդ հղիներին, օգնի նրանց կազմել պլաններ հղիության պահպանման և մինչծննդյան խնամքի կազմակերպման համար: Տեղեկացված և ազատ որոշում կայացման առումով (կետ 7.3.) նշվում է, որ առողջապահության աշխատակիցները պետք է սատարեն կնոջը և նրան այնպես մատուցեն տեղեկատվությունը, որ նա կարողանա հասկանալ և կատարել ընտրություն՝ կատարել աբորտ, թե՛ ոչ, օրենսդրությամբ սահմանված կարգով, որքան որ դա թույլատրելի է՝ անկախ նախապաշարմունքներից, հարկադրանքից կամ խտրականությունից:
506. Բժիշկները պետք է նաև տեղեկանան այն իրավիճակների մասին, որոնց դեպքում կինը պարտադրված է աբորտ կատարել իր կամքին հակառակ, ինչպես նաև պայմանավորված առողջական վիճակով: Առողջապահության աշխատակիցները իրավունք ունեն հրաժարվելու աբորտից, բայց նրանք ունեն բարոյական պարտականություն հետևելու իրենց մասնագիտական օրենքներին, որոնք սովորաբար պահանջվում են բուժաշխատողներից կանանց ուղեգրել հմուտ գործընկերների մոտ, որոնք դեմ չեն օրենքով թույլատրված աբորտ իրականացնելու:
507. Փաստաթղթի 7.3.1. կետում անդրադարձ է արվում որոշման կայացման մեջ ինքնուրույնությանը (ավտոնամիա), որը նշանակում է, որ բժշկական ծառայություն այցելելու և բուժօգնություն ստանալու համար հոգեկան նորմալ առողջություն ունեցող մեծահասակներից չի պահանջվում որևէ երրորդ կողմի, օրինակ՝ ամուսնու կամ զուգընկերոջ, մոր կամ քրոջ համաձայնությունը (թույլտվությունը):
508. Փաստաթուղթը ներկայացնում է խոցելի խմբերի կանանց արհեստական աբորտի դեպքում հատուկ պահանջները (կետ 7.4.), այդ թվում՝ հատուկ նկատառումներ դեռահասների համար (կետ 7.4.1.), որտեղ մասնավորապես նշվում է, որ բուժաշխատողներին անհրաժեշտ են գիտելիքներ և համապատասխան հմտություններ դեռահասների հետ հաղորդակցվելու և խորհրդատվություն տրամադրելու համար, հատուկ դրույթներ բռնաբարությունից տուժած կանանց համար (կետ 7.4.2):

509. Փաստաթուղթը ներկայացնում է ինֆորմացիայի գաղտնիության երաշխավորումը (կետ 7.5.), շարունակական ուսուցումը և որակի ապահովումը (կետ 7.7.):
510. Ուղեցույցը որևէ խտրական դրույթ պտղի սեռի ընտրության առումով չի պարունակում: Մասնավորապես, Հայաստանում հղիության ընդհատումների իրավիճակի նկարագրությունը չի պարունակում տվյալներ՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ, ներկայացված չեն դրա հետևանքները:
511. **Առաջարկվում է ուղեցույցում ներառել համապատասխան դրույթներ՝ օգտագործելով իրականացված հետազոտությունների, վերլուծությունների տվյալները:**
512. **Առաջարկվում է նաև հանրային իրազեկման համար հիմնական ուղերձների շարքում ներառել նաև այն հանգամանքները, որոնց պարագայում աբորտը թույլատրված չէ, մասնավորապես՝ պտղի սեռի հատկանիշով:**
513. «Մանկաբարձանեոնատոլոգիական ստացիոնար բժշկական օգնության կազմակերպման և իրականացման հիմնական սկզբունքները հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (թիվ 762-Ա, ընդունվել է 27.03.2013թ.) հաստատվում են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների հետ համատեղ՝ ստացիոնար բուժօգնության գնահատման արդյունքների և մոտեցումների հիման վրա մշակված ստացիոնար ծառայության կառուցվածքը և ռեգիոնալիզացիան, բուժօգնության դասակարգումն՝ ըստ մակարդակների:
514. Ուղեցույցը կանոնակարգում է մանկաբարձական և նեոնատոլոգիական բուժօգնությունը, հիմք ստեղծում ավտաբանությունների ավտորոշման և բուժման միասնականացմանը, հիմնված ապացուցողական բժշկության դրույթների վրա:
515. Սահմանվում են համապատասխան չափորոշիչներ, որոնց համաձայն իրականացվում է ծննդօգնության ստացիոնար բժշկական կազմակերպությունների դասակարգումը (կառուցվածքները և գործառույթները)՝ ըստ մակարդակների:
516. Սահմանվում են մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային ծառայության գործունեության համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական պահանջներն ու պայմանները, ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը, հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումները և պայմանները՝ ըստ բժշկական կազմակերպությունների մակարդակների, ֆիզիոլոգիական ծննդաբերության հսկողության և խնամքի ժամանակակից սկզբունքները:
517. Կլինիկական ուղեցույցները պտղի սեռի ընտրության առումով խտրական դրույթներ չեն պարունակում:
518. «Սեռական բռնության ենթարկված անձանց բժշկական օգնության կազմակերպման և տրամադրման սկզբունքները. բուժաշխատողների համար կլինիկական ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանը (թիվ 2344-Ա, ընդունվել է 26.08.2013թ.) սահմանում է սեռական բռնության ենթարկված անձանց ընդունման և վարման կարգը, բժշկական օգնության անհրաժեշտ ծավալները, հոգեբանական աջակցության և արդյունավետ խորհրդատվության սկզբունքները, հետազոտման և բժշկական օգնության տրամադրման քայլերը, բժշկական օգնության տրամադրման համար անհրաժեշտ միջոցների ցանկը, անամնեզի հավաքման և բժշկական փաստաթղթերի ձևակերպմանը ներկայացվող պահանջները, սեռական բռնության ենթարկված անձանց լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունները, սեռական բռնության հետևանքների կանխարգելումը, այդ թվում՝ բուժօգնությունը վնասվածքների դեպքում, հղիության առաջացման կանխարգելումը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների և ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելումը:
519. Ուղեցույցը սահմանում է սեռական բռնության ենթարկված անձանց բժշկական օգնության կազմակերպման և տրամադրման հիմնական դրույթները, սեռական բռնության ենթարկված անձանց ընդունման կարգը, բուժաշխատողի պարտականությունները, բացի անհրաժեշտ հետազոտություններ և բժշկական օգնություն տրամադրելը, դեպքի վերաբերյալ տարածքային ոստիկանության բաժին շտապ ծանուցումը:
520. Ուղեցույցը, մասնավորապես, սահմանում է, որ նախքան հետազոտություններին անցնելը բուժաշխատողը պարտավոր է ստանալ սեռական բռնության ենթարկված անձի գրավոր տեղեկացված համաձայնությունը, իսկ անչափահասի դեպքում՝ ծնողների կամ հոգեբարձների համաձայնությունը, բացառությամբ՝ կյանքին սպառնացող վիճակների: Ներկայացվում է Տեղեկացված համաձայնագրի ձևանմուշն ու տրվում դրա լրացման մասին ծանոթություն, բժշկական պատմագրի և զննման ձևանմուշը՝ սեռական բռնության

դեպքում: Ուղեցույցը ներառում է հարցերի ցանկը, որոնք կարող են օժանդակել առկա հղիության փաստը ժխտելուն կամ հաստատելուն:

521. Հրամանում սահմանվում են առաջնային (անհետաձգելի) բժշկական օգնության և նեղ մասնագիտացված բուժօգնության ու խորհրդատվության ծավալները, մասնավորապես՝ ամրագրվում է սեռական բռնության ենթարկված անձին հոգեբանասոցիալական խորհրդատվություն և աջակցություն, ՍՃՓՎ, ՄԻԱՎ-վարակի և հեպատիտ B-ի կանխարգելում, հղիության առաջացման կանխում, ցավի ու այլ ախտաբանական դրսևորումների (ախտանիշների) կառավարում, իրավական մարմինների կողմից զոհի համաձայնությամբ դատաբժշկական փորձագետի փորձաքննության կազմակերպմանն ու իրեղեն ապացույցների հավաքագրում տրամադրելու անհրաժեշտությունը:

522. Ուղեցույցը պտղի սեռի ընտրության խտրական դրույթ չի պարունակում:

523. **«Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով** (թիվ 77-Ն, ընդունվել է 28.11.2013թ., ուժի մեջ է 11.04.2014) կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման հետ կապված հարաբերությունները:

524. Սահմանվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում արտահիվանդանոցային մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում (առողջության կենտրոններ, կանանց կոնսուլտացիաներ) (կետ 9), ՀՀ քաղաքացիություն ունեցող բոլոր կանանց համար (կետ 18):

525. Անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեն նաև ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող, սակայն ՀՀ քաղաքացու հետ գրանցված ամուսնության մեջ գտնվող կանայք (կետ 19):

526. Արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է կանանց կոնսուլտացիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգի և մանկաբարձուհու (գյուղական բնակության վայրերում՝ նաև ընտանեկան բժշկի, մանկաբարձուհու կամ վերապատրաստված բուժքրոջ) կողմից (կետ 9): Սահմանվում են նաև մանկաբարձագինեկոլոգիական տեղամասի կողմից սպասարկման նորմատիվները (Հոդված 10):

527. Սահմանվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության ու սպասարկման ծավալը, ներառյալ՝ տեղամասային մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից իրականացվող հղիների հսկողության ամբողջ ծավալը, հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության, ուսուցման աշխատանքների իրականացումը, պտղաբերության կարգավորման, սեռավարակների և անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար կանանց խորհրդատվության տրամադրումը, «Դեռահասներին՝ բարյացակամ» առողջապահական ծառայությունների տրամադրում՝ ըստ բնակության վայրի, վերարտադրողական համակարգի հիվանդությունների, սեռավարակների, վտանգավոր սովորույթների վնասակարության նկատմամբ խորհրդատվության տրամադրում, գաղտնիության և մեկուսիության պայմաններում, մինչամուսնական խորհրդատվությունը (կետ 11):

528. Սահմանվում է նաև հղիների նախածննդյան հսկողության և կանանց լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների ծավալը, ախտաբանական հղիության, պտղի զարգացման ախտաբանությունների ցանկը, հղիի նախածննդյան խնամքի կազմակերպման ծավալների հակիրճ նկարագիրը, պտղի սրտի անոմալիաների վաղ ախտորոշման և վարման համառոտ գործելակարգը մանկաբարձ-գինեկոլոգների համար, առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում գինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը, առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության սպասարկման որակի գնահատումն՝ ըստ սահմանված չափանիշների, այդ թվում՝ հղիների ընդգրկման տոկոսային ցուցանիշը հղիների սոցիալ-հոգեբանական աջակցության, ուսուցման և ծննդաբերությանը ֆիզիկական նախապատրաստման աշխատանքներում, կանանց կոնսուլտացիայի կողմից հաշվառված

կանանց կանխարգելիչ զննումների տոկոսային ցուցանիշը, 15 տարեկան աղջիկների ընդգրկվածության տոկոսային ցուցանիշը:

529. Սահմանվում են նաև մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնության կազմակերպման այլ ծավալները, այդ թվում՝ ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 8-ի N 1000 որոշմամբ հաստատված մոր և մանկան առողջության պահպանման ազգային ռազմավարությանը համապատասխան ՀՀ առողջապահության նախարարության և միջազգային կազմակերպությունների համագործակցության շրջանակներում կանանց առողջության բարելավմանն ուղղված այլ նպատակային ծրագրերի ներդրման աշխատանքները, այդ թվում՝ քարոզչական աշխատանքը՝ ուղղված բնակչության բժշկահիգիենիկ գիտելիքների բարձրացմանը՝ առողջության պահպանման, առողջ ապրելակերպի և սնուցման, հիվանդությունների կանխարգելման և այլ հարցերի շուրջ, վերարտադրողական տարիքի կանանց/զույգերին անհրաժեշտ խորհրդատվության և տեղեկատվության՝ անցանկալի հղիություններից խուսափելու և աբորտների կանխարգելման վերաբերյալ (կետ 46):
530. Սահմանվում է հղիների ֆիզիկական և հուզահոգեբանական նախապատրաստումը ծննդաբերությանը ամբուլատոր պայմաններում, հղիների հետ «մայրության դպրոցում» դասընթացի բովանդակությունը, ծննդաբերությանը հղիների ֆիզիկական նախապատրաստումը:
531. Առաջարկվում է չափորոշիչների «Ընդհանուր դրույթներ» բաժնում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության ու սպասարկման ցանկում պտղաբերության կարգավորման, սեռավարակների և անցանկալի հղիությունից պաշտպանվելու համար կանանց խորհրդատվության տրամադրմանը զուգահեռ նախատեսել նաև խորհրդատվություն՝ ուղղված պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման ուղղությամբ:
532. Առաջարկվում է նաև չափորոշիչների՝ հղիի նախածննդյան խնամքի կազմակերպման ծավալների հակիրճ նկարագրում կանանց կոնսուլտացիաներում (կաբինետներում), գյուղական բժշկական տեղամասերում, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում և վերջիններիս բուժակման կաբարձական կետերում մանկաբարձուհու կամ որպես մանկաբարձուհի վերապատրաստված բուժքրոջ՝ հղիի սոցիալ-հոգեբանական աջակցության և քարոզչական աշխատանքների ծավալում նախատեսել նաև տղա երեխային հավասար՝ աղջիկ երեխայի արժևորման, պտղի սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատման անթույլատրելիության խնդիրների վերաբերյալ քարոզչական աշխատանքի իրականացումը:
533. Առաջարկվում է նման դրույթ նախատեսել նաև անցանկալի հղիությունների, սեռավարակների, վերարտադրողական օրգանների նախաքաղցկեղային և քաղցկեղային հիվանդությունների կանխարգելման աշխատանքների ցանկում, մասնավորապես՝ աղջիկ երեխայի արժևորման, պտղի սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատման անթույլատրելիության քարոզում:
534. Առաջարկվում է չափորոշիչներով սահմանվող ընտանեկան բժշկի աշխատանքի ծավալում հղիի սոցիալ-հոգեբանական աջակցության իրականացման, հղիի հետ քարոզչական աշխատանքի խնդիրների ցանկում ներառել նաև աղջիկ երեխայի արժևորման, պտղի սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատման անթույլատրելիության խնդիրները:
535. Առաջարկվում է նման դրույթ նախատեսել նաև ընտանեկան բժշկի աշխատանքի՝ ընտանիքի պլանավորման, սեռավարակների, ուռոգենիտալ խանգարումների, օստեոպորոզի, նորագոյացությունների կանխարգելման մատչելի մեթոդների իմացության և քարոզի ուղղությամբ:
536. Առաջարկվում է չափորոշիչներով սահմանվող կանանց կոնսուլտացիաներում (կաբինետներում), առողջության կենտրոններում, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում մանկաբարձ-գինեկոլոգի աշխատանքի ծավալում ներառել նաև աղջիկ երեխայի արժևորման, պտղի սեռով պայմանավորված հղիությունների ընդհատման անթույլատրելիության ուղղությամբ աշխատանքները:
537. Առաջարկվում է չափորոշիչների «Մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնության կազմակերպման այլ ծավալները» բաժնում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օդակի բոլոր մակարդակներում իրականացվող գործունեության մեջ ներառել նաև դրույթ «Պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելման ծրագրի» մասին:



538. Առաջարկվում է նաև նույն բաժնում բնակչության բժշկահիգիենիկ գիտելիքների բարձրացմանն ուղղված լայն քարոզչական աշխատանքների շարքում ընդգրկել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման հարցը:
539. Առաջարկվում է նույն բաժնում անցանկալի հղիություններից խուսափելու և աբորտների կանխարգելման վերաբերյալ վերարտադրողական տարիքի կանանց/զույգերին տրամադրվող անհրաժեշտ խորհրդատվության և տեղեկատվության ցանկում ներառել նաև խորհրդատվություն ու տեղեկությունների տրամադրումը պտղի սեռով պայմանավորված աբորտի անթույլատրելիության դրա հետևանքների մասին:
540. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (թիվ 80-Ն, ընդունվել է 29.11.2013թ., ուժի մեջ է 11.04.2014թ.) կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման հետ կապված հարաբերությունները:
541. Սահմանվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է ՀՀ տարածքում գործող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպություններում՝ ըստ ծննդօգնության կազմակերպման երեք մակարդակների՝ հղիների և ծննդաբերների ծննդալուծման, հետծննդյան խնամքի ու բուժման դեպքում՝ մանկաբարձագինեկոլոգիական մասնագիտացված ինստիտուտի, ծննդատների, բժշկական կենտրոնների մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներում, առողջության կենտրոններում. հղիության ախտաբանական ընթացքի և պտղի ներարգանդային ախտահարման դեպքերում՝ մասնագիտացված մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական կազմակերպությունների մանկաբարձական (հղիության ախտաբանության) բաժանմունքներում, իսկ էքստրագենիտալ հիվանդությունների դեպքում նաև մասնագիտացված այլ բժշկական կազմակերպություններում (կետ 3):
542. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձական հիվանդանոցային բժշկական օգնության իրավունք ունեն ՀՀ քաղաքացիություն ունեցող բոլոր հղիները, ծննդաբերները և ծննդկանները (կետ 10), իսկ օտարերկրյա և քաղաքացիություն չունեցող անձանց մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնությունն իրականացվում է համաձայն միջազգային կամ միջպետական համաձայնագրերի (պայմանագրերի) դրույթների (կետ 13):
543. Հրամանով սահմանվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային օգնության ծավալները, այդ թվում հղիների նախածննդյան հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը՝ հղիության ախտաբանական ընթացքի և պտղի ներարգանդային ախտահարման դեպքերում, հղիների խնամքը (կետ 14):
544. Սահմանվում է, որ պետության կողմից երաշխավորված հիվանդանոցային անվճար գինեկոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ընդգրկում է նաև մինչև 22 շաբաթական ժամկետով հղիության արհեստական ընդհատումների (աբորտների) իրականացումը՝ սոցիալական և բժշկական ցուցումների դեպքում՝ համաձայն ՀՀ կառավարության 2004 թվականի օգոստոսի 5-ի N 1116-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով. մինչև 12 շաբաթական ժամկետը հղիության արհեստական և ինքնաբեր ընդհատման դեպքում բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը իրականացվում է վճարովի, բացառությամբ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության և սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված կանանց (նաև աղքիկների) (կետ 15):
545. Հրամանը սահմանում է մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման դրույթները, մասնավորապես ամրագրվում է, որ ծննդաբերությունների համար սահմանված գները իրենց մեջ ներառում են հղիի և ծննդկանի ստացիոնար բուժման և հետազոտության, ինչպես նաև նորածնի խնամքի, հետազոտության ու բուժման ծախսերը (կետ 19), պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունն ընդգրկում է արդյունավետ բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների ամբողջ ծավալը (հղիին հիվանդասենյակով ապահովումը, մասնագիտացված կոնսուլտացիաները, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների անցկացումը, վիրահատությունները, վիրահատական և ֆիզքոլ միջոցները, բուժական միջամտությունները, անհրաժեշտ դեղերով և հեղուկներով ապահովումը, թթվածնի և այլ

գազերի օգտագործումը, հիվանդի խնամքի ապահովումը միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի կողմից, այլ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունները) (կետ 20):

546. Հրամանը սահմանում է նորմալ և բարդացած ծննդաբերությունների բնութագիրը, մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային բուժօգնության որակի գնահատման կողմնորոշիչ չափորոշիչներն՝ ըստ սահմանված ցուցանիշների, մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնության կազմակերպման այլ ծավալները, մասնավորապես՝ ՀՀ կառավարության 2007 թվականի հուլիսի 26-ի նիստի N 29 արձանագրային որոշումից բխող ենթածրագրերի և ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված այլ նպատակային ծրագրերի ներդրման աշխատանքները (կետ 38), քարոզչական աշխատանք, ուղղված բնակչության բժշկահիգիենիկ գիտելիքների բարձրացմանը՝ առողջության պահպանման, առողջ ապրելակերպի և սնուցման, հիվանդությունների կանխարգելման և այլ հարցերի շուրջ (կետ 39):
547. Առաջարկվում է հրամանով սահմանվող պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային օգնության անվճար գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ու սպասարկման ծավալներում ընդգրկել նաև դրույթ՝ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների արգելման վերաբերյալ:
548. Առաջարկվում է նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդանոցային օգնության ծավալներում նախատեսել դրույթ՝ ըստ որի պետական պատվերի շրջանակներում մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնություն իրականացնող հաստատությունները ստացիոնար ընդունվելու ժամանակ հղիներին, գինեկոլոգիական հիվանդներին/կամ հարազատներին պետք է ապահովեն նաև պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների արգելման մասին իրազեկումը:
549. Առաջարկվում է չափորոշիչների «Մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնության կազմակերպման այլ ծավալները» բաժնում առողջության պահպանման, առողջ ապրելակերպի և սնուցման, հիվանդությունների կանխարգելման և այլ հարցերի շուրջ բնակչության բժշկահիգիենիկ գիտելիքների բարձրացմանն ուղղված քարոզչական աշխատանքների ցանկում ընդգրկել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության կանխարգելման հարցերի շուրջ աշխատանքները:
550. «Ծննդաբերության դրդում և խթանում» և «Հղիության դեղորայքային ընդհատում» ցուցումները և իրականացման կարգը» հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանը (թիվ 2136-Ա, ընդունվել է 10.09.2014թ.) սահմանում է, որ հղիության դեղորայքային ընդհատումը հղիության արհեստական ընդհատման ձև է՝ հատուկ դեղամիջոցների կիրառմամբ:
551. Փաստաթուղթը սահմանում է, որ հղիության դեղորայքային ընդհատումը ցուցված է ինչպես մինչև հղիության 12-րդ շաբաթը կնոջ ցանկությամբ և ընտրությամբ հղիության արհեստական ընդհատման դեպքում, այնպես էլ 12-ից մինչև 22 շաբաթական ժամկետը՝ մոր և պտղի կողմից բժշկական ցուցումներով:
552. Փաստաթուղթը սահմանում է հղիության դեղորայքային ընդհատման պայմանները, հակացուցումները, այն յուրահատուկ իրավիճակները, որոնց դեպքում նույնպես կարելի է ընդհատել հղիությունը դեղորայքային մեթոդով, սպասվող կողմնակի երևույթները:
553. Փաստաթուղթը սահմանում է մինչև 9 շաբաթական ժամկետը հղիության դեղորայքային ընդհատման իրականացման ընթացակարգը: Մասնավորապես նշվում է, որ կանայք ավելի շատ բավարարված կլինեն, եթե նրանք իրատեսական սպասումներ ունենան: Հետևաբար, նրանց պետք է լիարժեք տեղեկություններ տրամադրվեն հղիության արհեստական ընդհատման ընթացքի, սպասվող կողմնակի երևույթների, բարդությունների, այլ նշանների մասին, որոնց դեպքում պետք է դիմել բժշկի: Նկարագրվում են նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից (2012թ.) հղիության դեղորայքային ընդհատման առաջարկվող սխեմաները, հղիության դեղորայքային ընդհատման կլինիկական ընթացքը, արդյունավետությունը: Նկարագրվում է նաև հղիության դեղորայքային ընդհատումը՝ վերջին դաշտանի առաջին օրվանից 9-12 շաբաթական ժամկետում, դաշտանային վերջին պարբերաշրջանից հետո 13-22 շաբաթական ժամկետում, սխեմաները, ընդհատման բարդությունները, իրավիճակները, որոնց դեպքում պահանջվում է դիմել խորհրդատվության և բուժօգնության:
554. Փաստաթղթի Հավելված 1-ում ներկայացվում է միֆեպրիստոնի և միզոպրոստոլի օգտագործմամբ հղիության դեղորայքային ընդհատման համաձայնության ձևաթուղթը:
555. Առաջարկվում է ուղեցույցի էջ 30-ի այն պարբերության մեջ, որտեղ նշվում է, որ «կանայք ավելի բավարարված կլինեն, եթե նրանք իրատեսական սպասումներ ունենան», ավելացնել դրույթ հղիներին՝ պտղի սեռով պայմանավորված ընդհատման անթույլատրելիության մասին իրազեկելու անհրաժեշտության վերաբերյալ:

556. Առաջարկվում է նաև ուղեցույցի Հավելված 1-ում («Համաձայնության ձևաթուղթ») ավելացնել դրույթ, որով կհնչի հայտարարում է, որ արհեստական ընդհատումը պայմանավորված չէ պտղի սեռով:
557. «Նախաբեղմնավորման խնամքի և հղիների նախաձննդյան հսկողության բարելավման, պտղի զարգացման արատների վաղ հայտնաբերման գործելակարգերը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանը (թիվ 1007-Ա, ընդունվել է 28.04.2015թ.) հաստատում է՝ նախաբեղմնավորման խնամքի, հղիության նախապատրաստման կազմակերպման և առողջության բարելավման գործելակարգը, արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում զարգացման բնածին արատների և ժառանգական հիվանդությունների վաղ ախտորոշման և վարման գործելակարգը, պտղի զարգացման արատների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված հղիների հետազոտման ալգորիթմը, պտղի զարգացման արատների և գենետիկական ախտաբանության պրենատալ ոչ ինվազիվ, կենսաքիմիական ախտորոշման գործելակարգը, պտղի զարգացման արատների և գենետիկական ախտաբանության պրենատալ ինվազիվ ախտորոշման գործելակարգը, հղիների նախաձննդյան և հետձննդյան բժշկական օգնության որակի հսկողության և գնահատման չափանիշները:
558. Նախաբեղմնավորման խնամքի, հղիության նախապատրաստման կազմակերպման և առողջության բարելավման գործելակարգն ամրագրում է նախաբեղմնավորման, ինտերգեներատիվ (հղիությունների միջև ընկած ընդմիջում) ժամանակահատվածում ցուցաբերվող բուժօգնությունը (կետ 1), որը տրամադրվում է կնոջը և նրա ընտանիքին մինչև հղիությունը և ձննդաբերությունների միջև ընկած ժամանակահատվածում: Մինչ բեղմնավորման խնամքը սկսվում է բեղմնավորումից 1-2ամիս առաջ, իսկ ինտերգեներատիվ խնամքը սկսվում է երեխայի ծնվելուց հետո և վերջանում է հաջորդ երեխայի ծնունդով, որի ընթացքում զույգին/ ընտանիքին տրամադրվում է ընդլայնված նախաձննդյան խնամք:
559. Ընդլայնված նախաձննդյան խնամքը ներառում է՝ մինչ բեղմնավորման և ինտերգեներատիվ խնամքը. առողջության բարելավումը մինչ հղիությունը, այդ թվում՝ զույգին խորհրդատվության տրամադրումը, որի շրջանակներում խնդիր է դրվում ընդլայնել անձանց, ընտանիքների, համայնքների, հասարակության և բժշկական հաստատությունների աշխատողների գիտելիքները, փոխել վերաբերմունքը և վարքագիծը. ռիսկի ու առողջական վիճակի գնահատումը. առողջության բարելավումը. ֆիզիկական վիճակի գնահատում ու խրոնիկական հիվանդությունների ժամանակին հայտնաբերումը և բուժումը. էքստրագենիտալ և խրոնիկական հիվանդությունների բուժումը. Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (ՍՃՓՎ) հայտնաբերումն ու բուժումը. պատվաստումների իրականացումը. զույգի խորհրդատվությունը:
560. Գործելակարգն ամրագրում է նախաբեղմնավորման խնամքի թեմաների ցանկը, որոնք կարող են օգտագործվել հղիություն պլանավորող անձանց խորհրդատվության դեպքում, այդ թվում՝ սոցիալ հոգեբանական խնդիրները:
561. Գործելակարգն սահմանում է նախաբեղմնավորման խնամքի իրականացման ծավալները և մակարդակները, մասնավորապես, սահմանվում է, որ նախաբեղմնավորման խնամքի ծառայությունները պետք է մատուցվեն բուժօգնության առաջնային մակարդակում, այս մակարդակում ընդգրկված բուժհաստատությունների ցանցի միջոցով, այդ թվում՝ կանանց կոնսուլտացիաներ, պոլիկլինիկաներ/ընտանեկան բժշկի գրասենյակներ, բժշկական ամբուլատորիաներ, ինչպես նաև մինչ բեղմնավորման խնամքի տրամադրման համար իրավասու բուժօգնության առաջնային օղակում աշխատող բուժաշխատողները, այդ թվում՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, մանկաբարձուհիներ, ընտանեկան բուժքույրեր, վերապատրաստված բուժքույրեր, ընտանեկան բժիշկներ:
562. Գործելակարգում նկարագրվում է նախաբեղմնավորման խնամքի իրականացման գործընթացը, մասնավորապես պետական մակարդակով անհրաժեշտ քայլերը, որոնք պետք է ձեռնարկել կնոջ/զույգի մինչ բեղմնավորման խնամքը բարելավելու և առողջ սերունդ ունենալու նպատակով: Մասնավորապես, սահմանվում է, որ մինչ հղիության խնամքի տրամադրման ծառայություններում ընդգրկված բոլոր բուժաշխատողները պետք է անցնեն համապատասխան վերապատրաստում և կարողանան նոր ձեռք բերած գիտելիքներն ու հմտությունները կիրառել իրենց ամենօրյա պրակտիկայում, բոլոր այն կանայք և զույգերը, ովքեր պլանավորում են հղիանալ, հղիանալուց առնվազն մեկ ամիս առաջ պետք է կատարեն Մինչ բեղմնավորման խնամքի մեկ այլ:
563. Սահմանվում է նախաբեղմնավորման խնամքի ծառայությունների գործողությունների ցանկը, այդ թվում՝ յուրաքանչյուր այցի ժամանակ կնոջ վերարտադրողական մտադրությունների մասին տեղեկանալը չպլանավորված հղիության ժամանակ հնարավոր ռիսկերի պարզաբանումը, կնոջ ընտանեկան պատմության վերլուծում, իրավիճակների կամ պայմանների քննարկումը, որոնք կարող են անդրադառնալ հղիության արդյունքների վրա:

564. Արտահիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում զարգացման բնածին արատների և ժառանգական հիվանդությունների վաղ ախտորոշման և վարման գործելակարգը սահմանում է «Բնածին անոմալիաներ» կամ «զարգացման բնածին արատ» հասկացությունը, դասակարգումը, հղիների նախաձննդյան հետազոտության իրականացումը պտղի զարգացման արատների վաղ հայտնաբերման և վարման համար, մանկաբարձ-գինեկոլոգի գործելակարգը կախված արատի տիպից, ծանրության աստիճանից և հղիության ժամկետից, ներկայացնում պտղի զարգացման արատների վաղ հայտնաբերման նոր տեխնոլոգիաները:
565. Պտղի արատների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված հղիների հետազոտման ալգորիթմը ներկայացնում է հղիության ընթացքում, ըստ ժամանակաշրջանների, իրականացվող գերձայնային հետազոտությունների տեսակները և հետազոտության նպատակը, ինչպես նաև ծնվելուց անմիջապես հետո նորածինների մոտ իրականացվող սկրինինգային ծրագրերը:
566. Պտղի զարգացման արատների և գենետիկական ախտաբանության պրենատալ ինվազիվ ախտորոշման գործելակարգը սահմանում է ինվազիվ հետազոտության նպատակը, դրանց իրականացման կարգը: Ներկայացվում են զարգացման բնածին արատների ու գենային/քրոմոսոմային հիվանդությունների ուսումնասիրման ինվազիվ մեթոդները և բարդությունների ռիսկը, որոշ արատների կասկածի դեպքում կիրառվող և այլ կարևոր մեթոդները:
567. Պտղի զարգացման արատների և գենետիկական ախտաբանության պրենատալ ոչ ինվազիվ, կենսաքիմիական ախտորոշման գործելակարգը ներկայացնում է հետազոտության իրականացման մեթոդը, հղիության և դրա հաջող զարգացման կարևորագույն ցուցանիշները, այդ թվում՝ մարդու խորիոնային գոնադոտրոպինը և Ալֆա-ֆետոպրոտեինը:
568. **Առաջարկվում է «Նախաբեղմնավորման խնամքի, հղիության նախապատրաստման կազմակերպման և առողջության բարելավման» գործելակարգի «Նախաբեղմնավորման, ինտերգեներատիվ ժամանակահատվածում ցուցաբերվող բուժօգնությունը» բաժնում զույգին տրամադրվող խորհրդատվության (կետ «ը»), հղիություն պլանավորող անձանց խորհրդատվության դեպքում նախաբեղմնավորման խնամքի (կետ «թ») թեմաների ցանկում ընդգրկել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման հարցերը:**
569. **Առաջարկվում է նաև նույն բաժնի նախաբեղմնավորման խնամքի ծառայությունների գործողությունների ցանկի (կետ «լ») կետ 2-ում սահմանվող կնոջ վերարտադրողական մտադրությունների վերաբերյալ ռիսկերի պարզաբանման, հղիության կանխարգելման հարցերի շրջանակում ավելացնել նաև պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքների և դրա կանխարգելման հարցերը:**
570. **«Անպտղության պատճառագիտության ախտորոշման, ինչպես նաև վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների շրջանակներում կիրառվելիք մեթոդի որոշման նպատակով իրականացվող համալիր հետազոտությունների ցանկը, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով քաղաքացու կողմից ներկայացվող դիմումի ձևը հաստատելու և պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների (արհեստական սերմնավորման և բեղմնավորման) կիրառման բժշկական ցուցումների ցանկը սահմանելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (թիվ 39-Ն, ընդունվել է 03.07.2015թ. ուժի մեջ է 13.08.2015թ.) հաստատվում է անպտղության պատճառագիտության ախտորոշման, ինչպես նաև վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների շրջանակներում կիրառվելիք մեթոդի որոշման նպատակով իրականացվող համալիր հետազոտությունների ցանկը, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով քաղաքացու կողմից ներկայացվող դիմումի ձևը:**
571. Սահմանվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների (արհեստական սերմնավորման և բեղմնավորման) կիրառման բժշկական ցուցումների ցանկը:
572. Հրամանում բացակայում է երեխայի սեռով պայմանավորված խտրական որևէ դրույթ, այդ թվում՝ պտղի սեռի խտրական ընտրությանը վերաբերող:

573. Առաջարկվում է փաստաթղթում ամրագրել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ առաջացած հղիության դեպքում պտղի սեռի խտրական ընտրությունն արգելող դրույթ:
574. «Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորման մեթոդների ընտրության բժշկական չափանիշները» հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանում (թիվ 2202-Ա, ընդունվել է 14.08.2015թ.) ներկայացվում են բեղմնականխիչ միջոցների բժշկական ընտրության չափանիշները, այս կամ այն միջոց ընտրելիս պահանջվող ընթացակարգերը, քննարկվում են բեղմնականխիչ միջոցների կիրառման մի շարք հարցեր:
575. Ուղեցույցը սահմանում է, որ ընտանիքի առողջության բարելավումը, որի բաղկացուցիչ մաս է կազմում ներդաշնակ հոգսետեսական հարաբերությունները և ընտանիքի պլանավորումը մարդու արժանապատիվ կյանքի կարևոր իրավունքներ են:
576. Համաձայն Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի 2010թ. Հետազոտության արդյունքների, Հայաստանում կանանց 54,9% օգտագործում է բեղմնականխման որևիցե միջոց՝ ավանդական կամ ժամանակակից: Արդի դեղարդյունաբերությունը շատ արագ է զարգանում, տարեց-տարի կատարելագործվում են բեղմնականխման միջոցները, արձանագրվում են նոր ձեռքբերումներ, նոր բացահայտումներ: Ուստի ուղեցույցում ներկայացված են անցանկալի հղիությունների կանխման ժամանակակից միջոցները, հիմք ընդունելով ապացուցողական բժշկության վերջին մոտեցումները: Ուղեցույցի հիմքը կազմում է 2006 թ. «Ժամանակակից բեղմնականխիչ միջոցների ընտրության բժշկական չափանիշները» ձեռնարկը, որը համալրվել է բժշկագիտության և դեղագործության, ընտանիքի պլանավորմանը վերաբերող նորություններով՝ օգտագործելով հեղինակավոր և հավաստի աղբյուրներ, այդ թվում՝ ԱՀԿ և Բրիտանական Թագավորական Բժշկական Քոլեջի նորագույն ուղեցույցները:
577. Ուղեցույցում մանրամասնեցվել են բեղմնականխիչ միջոցների բժշկական ընտրության չափանիշները: Հստակեցվել են միջոցի ընտրության ընթացակարգերը: Քննարկվել են, բեղմնականխիչ միջոցների կիրառման ներկայում արդի հարցեր, այդ թվում՝ համակցված հակաբեղմնավորիչ հաբերի օգտագործման և երակային թրոմբոէմբոլիզմի միջև կապը: Ուղեցույցում բերված են մեթոդի ընտրության բժշկական չափանիշները՝ հարց ու պատասխանի ձևաչափով:
578. Հրամանը և ուղեցույցները որևէ խտրական դրույթ պտղի սեռի ընտրության առումով չեն պարունակում:
579. «Մինչ հղիության խնամքի կազմակերպման, հղիության նախապատրաստման վարման և առողջության պահպանման ազգային չափորոշիչ»-ը սահմանում է, որ մինչհղիության առողջության պահպանման հատուկ ենթատեսակներից է ինտերնատալ, կամ ծննդաբերությունների միջև մատուցվող բուժօգնությունը: Ինտերնատալ խնամքը բուժճառայությունների և օժանդակ ծառայությունների փաթեթ է, որը տրամադրվում է կնոջը և նրա ընտանիքին ծննդաբերությունների միջև: Այն սկսվում է երեխայի ծնվելուց հետո և վերջանում է հաջորդ երեխայի ծնունդով: Այն պետք է մատչելի լինի բոլոր կանանց համար հղիությունների միջև ընկած ժամանակահատվածում: Ինտերնատալ խնամքը ենթադրում է ռիսկերի բացահայտմանն ուղղված միջամտություններ, վերահսկման բարելավում, մինչ հղիության հսկողություն, կանխարգելիչ այցելություններ, հանրային առողջության ծրագրեր և ռազմավարություններ, հետազոտություններ: Մինչ հղիության առողջության բարելավումը պահանջում է ընդլայնել անձանց, ընտանիքների, համայնքների, հասարակության և հաստատությունների (օրինակ՝ կառավարության և բուժհաստատությունների) գիտելիքները, փոխել վերաբերմունքը և վարքագիծը:
580. Չափորոշիչը սահմանում է մինչ հղիության խնամքի հիմնական բաղադրիչները, որոնք են՝ ռիսկի գնահատումն ու առողջության պահպանումը, ֆիզիկական գնահատում ու խրոնիկական հիվանդությունների ժամանակին բուժումը, պատվաստումների իրականացումը, զույգի խորհրդատվությունը:
581. Յուրաքանչյուր բաղադրիչի համար սահմանվում են դրանց ծավալները: Օրինակ՝ ռիսկի գնահատումն ու առողջության պահպանումը (Բաղադրիչ 1) ենթադրում է օժանդակություն և բուժօգնություն, մասնավորապես, վերարտադրողական կյանքի պլանավորման հարցերում, ինչը թույլ է տալիս որոշել հղիությունների քանակը և ժամանակը՝ հաշվի առնելով անձնական արժեքները և կյանքի նպատակները: Մինչ հղիության խնամքն առաջարկում է այնպիսի ծառայություններ, որոնք թույլ են տալիս կանանց պահպանել իրենց առողջությունը, ընտրել հղիությունների քանակն ու ժամանակահատվածը և ցանկության դեպքում պատրաստվել առողջ երեխա ունենալուն: Օժանդակություն և բուժօգնություն հոգետոնցիալական խնդիրներում, սթրեսների դիմակայման հարցերում:

582. Չույզի խորհրդատվությունը (Բաղադրիչ 4) մինչ հղիության խնամքի կարևոր բաղադրիչներից մեկն է, որը զույգի մինչ բեղմնավորման շրջանի խորհրդատվությունն է: Սահմանվում է, որ այս խորհրդատվության ընթացքում բուժաշխատողը քննարկում է առողջ ապրելակերպի կարևորությունը, վնասակար սովորություններից գերծ մնալու կարևորությունը, արտաքին միջավայրի վնասակար գործոններից գերծ մնալու կարևորությունը/անհրաժեշտությունը, պատվաստումների իրականացման անհրաժեշտությունը, խրոնիկական հիվանդությունների դեպքում՝ շարունակական հսկման և բուժման միջոցով հիվանդության ցուցանիշների կայունացման անհրաժեշտությունը/կարևորությունը, ժառանգական բարդացած անամնեզի դեպքում՝ համապատասխան խորհրդատվության տրամադրումը, ապագա պտղին սպասվող հնարավոր վտանգների քննարկումը, գենետիկական հետազոտություն անցնելու անհրաժեշտությունը (եթե հարկ կա), և այլն:
583. Չափորոշիչը սահմանում է մինչ հղիության խնամքի թեմաները/ոլորտները՝ բարձր ռիսկային վարքագծերը (ծխելը, ալկոհոլի օգտագործումը և այլն). խրոնիկական հիվանդությունները (դիաբետ, հիպերտենզիա, էպիլեպսիա). ֆիզիկական վարժություններ և սնուցում. սոցիալ-հոգեբանական գործոններ. շրջակա միջավայրի թույները և դրանց վտանգավոր ազդեցությունները: Սահմանվում է, որ մինչհղիության խնամքի ծառայությունները մատուցվում են բուժօգնության առաջնային մակարդակում, այս մակարդակում ընդգրկված բուժհաստատությունների ցանցի միջոցով, այդ թվում՝ կանանց կոնսուլտացիաները, պոլիկլինիկաներ/ընտանեկան բժշկի գրասենյակները, բժշկական ամբուլատորիաները, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, մանկաբարձուհիների, ընտանեկան բժիշկների, անհրաժեշտության դեպքում ապահովվում է նաև նեղ մասնագետի խորհրդատվությունն
584. Չափորոշիչը սահմանում է, որ կնոջ/զույգի մինչ հղիությունը խնամքը բարելավելու և առողջ սերունդ ունենալու նպատակով, անհրաժեշտ է կազմակերպել այդ ոլորտում ծառայություններ մատուցող բոլոր բուժաշխատողների վերապատրաստում, սահմանել առնվազն մեկ կանխարգելիչ և խորհրդատվական այց՝ առաջնային օղակում աշխատող այն բուժանձնակազմի համար, որն ընդգրկված է կնոջ առողջության խնդիրներում և խնամքի տրամադրման ծառայություններում, այդ թվում՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբարձուհիներ: Բոլոր այն կանայք և զույգերը, ովքեր պլանավորում են հղիանալ, հղիանալուց առնվազն մեկ ամիս առաջ պետք է կատարեն մինչ բեղմնավորման խնամքի մեկ այց:
585. Չափորոշիչը սահմանում է մինչ հղիության խնամքի ծառայությունների գործողությունների ցանկը, մասնավորապես ամրագրվում է, որ անհրաժեշտ է հարցնել կնոջը վերարտադրողական մտադրությունների վերաբերյալ ամեն մի այցի ժամանակ, պարզաբանել ինչպիսի ռիսկեր կարող են լինել չպլանավորված հղիության ժամանակ: Հղիությունը կանխարգելել ցանկացող կանանց հետ քննարկել հակաբեղմնավորման մեթոդների առանձնահատկությունները և հակացուցումները, վերլուծել կնոջ ընտանեկան պատմությունը, քննարկել բոլոր իրվիճակները կամ պայմանները, որոնք կարող են անդրադառնալ հղիության արդյունքների վրա:
586. Չափորոշիչը սահմանում է հղիության նախապատրաստման անհատական ստուգաթերթիկի ձևը, հղիության վտանգի դասակարգումն ըստ դեղերի, տրամադրում է մինչհղիության վտանգի գործոնների վերաբերյալ խորհրդատվական ուղեցույց, այդ թվում՝ խորհրդատվություն/բուժօգնություն ֆիզիկական, սեռական կամ հոգեբանական բռնության բացահայտման, հետևանքների և դրա դեմ պայքարող ծառայությունների մասին:
587. Առաջարկվում է «Մինչ հղիության խնամքի կազմակերպման, վարման և առողջության պահպանման ազգային չափորոշիչի» Բաղադրիչ 1-ում («Ռիսկի գնահատում») ներառել պտղի սեռի խտրական ընտրությունը բացառելու՝ որպես ռիսկ քննարկելու և համապատասխան կանխարգելիչ միջամտություն ներառելու վերաբերյալ դրույթ:
588. Առաջարկվում է Բաղադրիչ 4-ում («Չույզի խորհրդատվությունը») ներառել պտղի սեռի խտրական ընտրության բացառումը, տղա երեխային համարժեք՝ աղջիկ երեխայի արժևորումը, որպես խորհրդատվական այցի ժամանակ բուժաշխատողի կողմից պարտադիր քննարկման թեմա:
589. Առաջարկվում է նաև վերը նշված գործողությունը ներառել կանխարգելիչ և խորհրդատվական այցերի օրակարգում:
590. Առաջարկվում է մինչ հղիության խնամքի իրականացման գործընթացում, որտեղ ներկայացվում է, մինչհղիության խնամքի տրամադրման ծառայություններում ընդգրկված բոլոր բուժաշխատողների (մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբարձուհիներ) համար նախատեսված

վերապատրաստման դասընթացում ներառել պտղի սեռի խտրական ընտրությունը կանխարգելելու ուղղված համապատասխան ուսուցողական մոդուլ:

591. Առաջարկվում է նաև «Մինչ հղիության խնամքի ծառայությունների գործողությունների» ցանկում ներառել հետևյալը. «Բացահայտել արդյոք կինը/գույգը ունի երեխայի սեռի նախապատվություն: Երեխայի սեռի նախապատվություն ունեցող կանանց հետ քննարկել երեխայի սեռի խտրական ընտրության անթույլատրելիության/հետևանքների, ինչպես նաև երկու սեռերի երեխաների հավասար արժևորման խնդիրները:
592. Առաջարկվում է Հավելված 1-ում («Հղիության նախապատրաստման անհատական ստուգաթերթիկ (կնոջ համար)») ավելացնել հետևյալ կետը. «Երեխայի սեռի նախապատվություն ես և ամուսինս չունենք. Այո/Ոչ»
593. Առաջարկվում է Հավելված 3-ում («Խորհրդատվական ուղեցույց մինչհղիության վտանգի գործոնների վերաբերյալ») «Վերարտադրողական պատմությունը» բաժնի «Վտանգի գործոնի առկայություն» սյունակում ավելացնել «հղիության արհեստական ընդհատումներ» արտահայտությունը, «Նպատակը» սյունակում՝ «սեռով պայմանավորված աբորտի կանխարգելման նպատակով» արտահայտությունը, «Առաջարկվող միջամտությունները/միջոցառումները» սյունակում ավելացնել «ճշտեք, թե արդյոք հղիության ընդհատումը կատարվել է պտղի սեռի պարճառով, բացառելով պտղի սեռի խտրական ընտրության հետևանքները և զրույց վարել աղջիկ և տղա երեխաների հավասար արժևորման թեմայով, կնոջ համաձայնությամբ անհրաժեշտության դեպքում զրուցել նաև ամուսնու և այլ ազգականների հետ» արտահայտությունը:
594. «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին կից էթիկայի կոմիտեի գործունեության կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (թիվ 3055-Ա, ընդունվել է 26.12.2012թ.), ինչպես նաև «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին կից էթիկայի կոմիտե ստեղծելու և կոմիտեի կազմը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (24 հոկտեմբեր 2012թ., N 2425-Ա և 3093-Ա) սահմանվում են ՀՀ առողջապահության նախարարին կից էթիկայի կոմիտեի գործունեության սկզբունքները, աշխատանքների կազմակերպման և իրականացման կարգը, ձևավորումը, կոմիտեի գործառույթները:
595. Մասնավորապես սահմանվում է, որ կոմիտեն բաղկացած է 7 անդամից (կետ 7), կոմիտեի կազմը հաստատում (կետ 5) և նախագահին ու իր տեղակալներին նշանակում է (կետ 6) ՀՀ առողջապահության նախարարը: Կոմիտեի կազմը ամբողջովին փոխվում է յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ (կետ 9):
596. Կոմիտեն իր լիազորությունների շրջանակներում իրականացնում է ՀՀ-ում գործող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում էթիկայի կանոնների կիրառման վերաբերյալ ուսումնասիրություններ և վերլուծություններ, քննության է առնում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների միջև, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների և պացիենտների միջև բժշկական կանոնների կիրառման ոլորտում ծագած վեճերը (կետ 28):
597. Կոմիտեի քննարկմանը կարող են ներկայացվել բժշկական էթիկայի կանոնների խախտման, դրանց պահպանման, պահպանմանը խոչընդոտելու, ինչպես նաև այդ կանոնների կատարելագործման հարցեր (կետ 29): Կոմիտեի քննարկմանը հարցեր կարող են ներկայացնել կոմիտեի անդամները, հասարակական միավորումները, ֆիզիկական և իրավաբանական անձինք: Սահմանվում է դիմումների վերաբերյալ որոշումների կայացման ընթացակարգը:
598. Առաջարկվում է կոմիտեի անդամների մասնակցությամբ կազմակերպել սեմինար՝ պտղի սեռի խտրական ընտրության և սելեկտիվ աբորտների թեմայով, ինչպես նաև այս հիմնախնդրով պայմանավորված բժշկական էթիկայի խնդիրների վերաբերյալ:
599. Առաջարկվում է նաև հասարակությանն ու պացիենտներին իրազեկել կոմիտեի գործունեության և լիազորությունների վերաբերյալ, հասարակության և բուժօժանայություն մատուցողների ուշադրությունը հրավիրելով պտղի սեռի խտրական ընտրությանն առընչվող բժշկական էթիկայի կանոնների պահպանման անհրաժեշտությանը:

#### IV. Հավելվածներ

| Երկիր                          | Պտղի սեռի որոշման հետազոտություններ  | Աբորտ   |
|--------------------------------|--|---|
| Չինաստան <sup>160</sup>        | Արգելված է 1989 թվականից: Պատասխանատվության միջոցները ներառում են՝ տուգանքներ, բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու լիցենզիայի դադարեցում: Արգելված է նաև սեռի նախահիմնական տեսակի ընտրությունը՝ արհեստական բեղմնավորման դեպքում:                  | Աբորտը մատչելի և լայնորեն հասանելի է 1953թ. ի վեր: Սեռով պայմանավորված աբորտն արգելվել է 1994թ.: Քրեական պատասխանատվություն սահմանված չէ:   |
| Հնդկաստան <sup>161</sup>       | Արգելվել է 1994թ.: Նախա- և շուրջ-բեղմնավորման մեթոդներում արգելվել է 2002թ.: Պատասխանատվության միջոցները ներառում են՝ սարքերի առգրավում, տուգանքներ, ազատագրելով՝ տարբեր ժամկետներով և բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու լիցենզիայի դադարեցում: | Մինչև 20 շաբաթական հղիության արհեստական ընդհատումն օրինական է 1971 թվականից բազմաթիվ ցուցումներով, այդ թվում՝ կնոջ կյանքին սպառնալիքի, ֆիզիկական կամ մտավոր առողջության, ամուսնացած կանանց բեղմնականխման ձախողման, բռնաբարության և պտղի ձևավորման ու զարգացման շեղումների պարագայում: |
| Նեպալ <sup>162</sup>           | Արգելվել է 2002թ.: Պատասխանատվության միջոցները ներառում են՝ 3-6 ամիս ժամկետով ազատագրելով:   | Օրինականացվել է 2002թ.: Մատչելի է հղի կնոջ պահանջով՝ հղիության 12 շաբաթների ընթացքում և սահմանափակ ցուցումներով՝ հղիության 18 շաբաթական ժամկետում: Սեռով պայմանավորված աբորտներն օրենքով արգելված են, պատասխանատվության միջոցները ներառում են մինչև 1 տարվա ազատագրելով:              |
| Վիետնամ <sup>163</sup>         | Սեռի որոշումը հավանական կամ ժամանակակից մեթոդներով արգելվել է 2003թ.: Իրավախախտների դեպքում սահմանված են տուգանքներ:   | Աբորտներն օրինական են 1960 թվականից: Սեռով պայմանավորված աբորտներն արգելվել են 2003թ.: Պատասխանատվության միջոցները սահմանում են տուգանքներ:   |
| Հարավային Կորեա <sup>164</sup> | Արգելված է 1987 թվականից: Պատասխանատվության միջոցները խստացվել են 1994թ., նախատեսելով ազատագրելով, տուգանք՝ մինչև ԱՄՆ 12,000 դոլարի չափով և բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու լիցենզիայի դադարեցում:  | Օրինականացվել է 1973թ. և թույլատրվում է կնոջ կյանքը փրկելու, բռնաբարության, ինցեստի և ծննդյան առանձին արատների ու բժշկական ցուցումների պարագայում: Գործնականում լայնորեն մատչելի է:   |

<sup>160</sup> State Family Planning Commission of China. Population and Family Planning Law of the People's Republic of China. Beijing7 China Population Publishing House, 2002:

<sup>161</sup> Ministry of Law and Justice. The Pre-Natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Amendment Act. New Delhi: Government of India, 2002:

Hirve S. Abortion law, policy and services in India: a critical review. Reproductive Health Matters 2004;12(24 Suppl): 114–21:

<sup>162</sup> Thapa S. Abortion law in Nepal: the road to reform. Reproductive Health Matters 2004; 12(24 Suppl):85–94:

<sup>163</sup> Government of Viet Nam. Decree 104/2003/ND-CP. Detailing and guiding the implementation of a number of articles of the population ordinance. Hanoi, 2003:

Government cracks down on abortion practice. Viet Nam News. 17 October 2006:

<sup>164</sup> Villa A. Sex preferences and fertility trends in South Korea. Asia-Pacific Social Science Review 2006;6(2):153–61:



Սեռի կամ ռասայի ընտրության կամ գենետիկ շեղումների պարագում արբորտների արգելքը ԱՄՆ-ում<sup>165</sup>

| ԱՄՆ նահանգը          | Հետևյալ նպատակով արբորտն արգելված է |                    |                |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------|
|                      | սեռի ընտրություն                    | ռասայի ընտրություն | Գենետիկ շեղում |
| Արիզոնա              | X                                   | X                  | †              |
| Իլինոյս              | ▼*                                  |                    |                |
| Կանզաս               | X                                   |                    | †              |
| Մինեսոտա             | X                                   |                    | †              |
| Հյուսիսային Կարոլինա | X                                   |                    |                |
| Հյուսիսային Դաքոթա   | X                                   |                    | X              |
| Օկլահոմա             | X                                   |                    | †              |
| Փենսելվանիա          | X                                   |                    |                |
| Հարավային Դաքոթա     | X                                   |                    |                |
| Ընդամենը             | 7                                   | 1                  | 1              |

▼ Կիրարկումը կասեցվել է դատարանի վճռով: Օրենքն անմիջականորեն չի գործում:

\* Իլինոյսում արգելքը գործում է պտղի կենսունակության պահից հետո: 1993թ. դաշնային դատարանը կասեցրել է իրավական ակտի գործունեությունը՝ պտղի կենսունակության պահին նախորդող ժամկետի մասով:

† Մինեսոտան և Օկլահոման պահանջում են շուրջծննդյան խնամքի ծառայությունների հետ նախնական խորհրդատվություն՝ նախքան արբորտը, եթե արբորտը նախատեսվում է պտղի մահացու (կյանքի համար վտանգ ներկայացնող) շեղումների պատճառով:

Արիզոնան պահանջում է շուրջծննդյան խնամքի ծառայությունների հետ նախնական խորհրդատվություն՝ նախքան արբորտը, եթե արբորտը նախատեսվում է պտղի մահացու (կյանքի համար վտանգ ներկայացնող) շեղումների պատճառով, ինչպես նաև խորհրդատվություն՝ երեխայի կյանքի ու խնամքի պայմանների վերաբերյալ՝ եթե արբորտը նախատեսվում է պտղի կյանքի համար վտանգ ներկայացնող շեղումների պատճառով: Կանզասը պահանջում է շուրջծննդյան խնամքի ծառայությունների հետ նախնական խորհրդատվություն՝ արբորտի պահանջի բոլոր դեպքերում:

<sup>165</sup> Guttmacher Institute. Abortion Bans in Cases of Sex or Race Selection or Genetic Anomaly: State policies in brief. As of February 1, 2016:

| Նախանք                 | Արգելվում է  | Պատասխանատվություն կրող սուբյեկտները                                   | Պատասխանատվության միջոցներն ու փոխհատուցումը  | Մտադրություններին վերաբերվող դրույթներ   | Պտղի սեռը՝ որպես որոշման գործոն  | Ծառայություն մատուցողների վրա դրվող պարտականություններ          | Բացառություն՝ սեռով պայմանավորված գենետիկական խանգարումների դեպքում |
|------------------------|--|--|---|--|--|---|---|
| Արիզոնա <sup>166</sup> | Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելը<br>Վնաս հասցնելու կամ ահաբեկելու մտադրությամբ ուժի կամ ճնշման կիրառումը՝ հարկադրելու նպատակով Ֆինանսավորման նպատակով գումար պահանջելը կամ ընդունելը | Արգելված գործություն կատարած յուրաքանչյուր անձ (բացառությամբ հղի կնոջ) | Երրորդ աստիճանի հանցանք<br>Ֆինանսական վնասներ<br>Դատական ծախսեր, փաստաբանի վճար<br>Արգելանք   | Կատարման վերաբերյալ իրազեկություն<br>Հարկադրման վերաբերյալ իրազեկություն և մտադրություն<br>Ֆինանսների վերաբերյալ իրազեկություն | Պատասխանատվություն՝ եթե միակ գործոնն է (պայմանավորված է բացառապես սեռով) | Պարտավոր են հաղորդել հայտնի դարձած իրավախախտումներ ի վերաբերյալ | Ոչ  |
| Իլինոյս                | Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելը   | Արգելված գործություն կատարած յուրաքանչյուր անձ                         | Ա դասի զանցանք<br>Գործունեության լիցենզիայի, հավաստագրի կամ թույլտվության տրամադրման մերժում, կասեցում կամ զրկում   | Իրազեկություն և մտադրություն   | Պատասխանատվություն՝ եթե միակ գործոնն է (պայմանավորված է բացառապես սեռով) | Չկա   | Այո   |
| Կանզաս                 | Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելը կամ առաջացնելը<br>Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելու կամ այն առաջացնելու փորձը   | Արգելված գործություն կատարած յուրաքանչյուր անձ (բացառությամբ հղի կնոջ) | Առաջին անգամ իրավախախտում կատարելու դեպքում՝ Ա դասի զանցանք<br>Ծանրության 10-րդ աստիճանի հանցանք հաջորդական իրավախախտումների դեպքում<br>Դրամական վնասների փոխհատուցում<br>Գույքային վնասների փոխհատուցում<br>Դատական ծախսերի փոխհատուցում<br>Արգելանք | Իրազեկություն  | Պատասխանատվություն՝ եթե միակ գործոնն է (պայմանավորված է բացառապես սեռով) | Չկա   | Ոչ  |

<sup>166</sup> Արգելված է նաև ռասայով պայմանավորված արքրտը:

|                                       |   |   |   |   |  |  |     |
|---------------------------------------|---|---|---|---|--|--|-----|
| Հյուսիսային<br>Կարովինա               | Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելը<br>Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելու փորձը | Արգելված գործողություն<br>կատարած յուրաքանչյուր<br>անձ  | Վնասների փոխհատուցում<br>Արգելանք<br>Քաղաքացիական<br>պարսավանք և տուգանք՝<br>արգելանքը խախտելու<br>դեպքում  | Իրազեկություն կամ<br>իրազեկված լինելու<br>օբյեկտիվ պատճառ | Պատասխանատվություն՝<br>եթե նշանակալի գործոնն<br>է (պայմանավորված է<br>բացառապես սեռով) | Սեռը՝ որպես<br>նշանակալի գործոն<br>լինելը ճշտելու<br>պարտականություն<br>սահմանված չէ | Ոչ  |
| Հյուսիսային<br>Դաբրոթա <sup>167</sup> | Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելը<br>Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելու փորձը | Արգելված գործողություն<br>կատարած յուրաքանչյուր<br>բժիշկ  | Ա դասի զանցանք  | Մտադրություն և<br>իրազեկություն                           | Պատասխանատվություն՝<br>եթե միակ գործոնն է<br>(պայմանավորված է<br>բացառապես սեռով)      | Չկա  | Ոչ  |
| Օվկանոմա                              | Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելը<br>Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելու փորձը | Արգելված գործողություն<br>կատարած յուրաքանչյուր<br>անձ, բացառությամբ հղի<br>կնոջ հանդեպ<br>արգելանքը խախտելու<br>դեպքում նախատեսվող<br>քաղաքացիական<br>տուգանքի | Արգելանք և դրամական<br>վնասների փոխհատուցում՝<br>արգելանքը խախտելու<br>դեպքում<br>Աբորտ կատարողի հանդեպ<br>պատասխանատվության հիմք<br>է՝ հղի կնոջ կամ ծնողների<br>օգտին, փոխհատուցման<br>ենթակա վնասների չափին<br>համապատասխան<br>Բուժճառայությունների<br>տրամադրման հավաստագրի<br>կամ լիցենզիայի կասեցում կամ<br>զրկում | Իրազեկություն կամ<br>անփութություն                        | Պատասխանատվություն՝<br>եթե միակ գործոնն է<br>(պայմանավորված է<br>բացառապես սեռով)      | Չկա  | Այո |
| Փենսիլվանիա                           | Սեռով պայմանավորված<br>աբորտ կատարելը   | Արգելված գործողություն<br>կատարած յուրաքանչյուր<br>բժիշկ  | Երրորդ աստիճանի հանցանք<br>Բժշկական լիցենզիայի<br>կասեցում կամ զրկում   | Մտադրություն,<br>իրազեկություն կամ<br>անփութություն       | Պատասխանատվություն՝<br>եթե միակ գործոնն է<br>(պայմանավորված է<br>բացառապես սեռով)      | Չկա  | Ոչ  |

<sup>167</sup> Աբորտն արգելված է նաև գենետիկական շեղումների պարագայում:

|  |   |   |                              |  |   |   |           |
|--|---|---|------------------------------|--|---|---|-----------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Հարավային Դարձա</p> | <p>Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելը<br/>Սեռով պայմանավորված արքրտ կատարելու փորձը</p> | <p>Արգելված գործություն կատարած յուրաքանչյուր անձ (բացառությամբ հղի կնոջ)</p> | <p>6-րդ աստիճանի հանցանք</p> | <p>Իրազեկություն կամ անփութություն</p> | <p>Պատասխանատվություն՝ եթե գործոն է (պայմանավորված է բացառապես սեռով)</p> | <p>Պարտավոր է արքրտ կատարելուց առաջ կնոջից ճշտել, թե արդյոք վերջինը տեղյակ է, թե ինչպիսին է չձնված երեխայի սեռը, և դրական պատասխանի դեպքում, թե արդյոք նա արքրտի է դիմում պտղի 1սեռի պատճառով<br/>Պարտավոր է հաղորդել, այն դեպքերի մասին, երբ կինը, որն արքրտ է արել նաև պտղի սեռը որոշելու հետազոտություն է անցել, ինչպես նաև հետազոտության տեսակը, պտղի հասունացման փուլը՝ հետազոտության կատարման պահին</p> | <p>No</p> |
|--|---|---|------------------------------|--|---|---|-----------|

## V. Գրականություն

1. A true feminist will defend the unborn girls being aborted in the UK because of their sex. Rani Bilkhu The Spectator 17 February 2015. <http://blogs.spectator.co.uk/spectator-surgery/2015/02/a-clear-statement-in-law-is-needed-to-combat-sex-selective-abortion-in-the-uk/>:
- A. Cline, Gender Selection- Ethical Considerations & New Technologies. Agnosticism/Atheism.2007.Feb.Mar.2007, <http://atheism.about.com:>
- A. Silverman, Genetic Diseases. The Silverman Center for Gender Selection. Feb.-Mar. 2007, <http://www.gender-select.com:>
2. Abortion (Sex-Selection) Bill 2014-15 Parliament. Parliament 4 November 2014. <http://services.parliament.uk/bills/2014-15/abortionsexselection.html:>
3. Abortion: Gender Selection: Hearing on A.B. 2336 Before the Assembly Health Comm., 2013–2014 Reg. Sess. (Ca. May 6, 2014), <http://goo.gl/sAzJ61:>
4. ACOG Committee on Ethics: Sex selection. Committee opinion no. 360. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2007;109(2 pt 1):475–478:
5. Aghajanova L, Valdes CT. Sex selection for nonhealth-related reasons. Virtual Mentor 2012;14:105–11:
6. Allen VM, Wilson RD, Cheung A, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); Reproductive Endocrinology Infertility Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. J Obstet Gynaecol Can 2006;28:220–50. VOL. 103 NO. 6 / JUNE 2015 1421 Fertility and Sterility®:
7. Almond D, Edlund L, Milligan K. O sister where art thou? The role of son preference and sex choice: evidence from immigrants to Canada. [www.nber.org/papers/w15391.pdf](http://www.nber.org/papers/w15391.pdf). Accessed April 23, 2015:
8. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Sex selection. 2007, reaffirmed 2011. [http://www.acog.org/Resources\\_And\\_Publications/Committee\\_Opinions/Committee\\_on\\_Ethics/Sex\\_Selection](http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Ethics/Sex_Selection). Accessed April 23, 2015:
9. Anonymous. INDIA: selective feticide kills 500.000 girls annually. [news.softpedia.com/news/INDIA-Selective-Feticide-Kills-Annually-500-000-Girls-16011.shtml](http://news.softpedia.com/news/INDIA-Selective-Feticide-Kills-Annually-500-000-Girls-16011.shtml):
10. Arindam Nandi (2015) The Unintended Effects of a Ban on Sex-Selective Abortion on Infant Mortality: Evidence from India, Oxford Development Studies, 43:4, 466-482, DOI: 10.1080/13600818.2014.973390:
11. ARIZ. REV. STAT. ANN. § 13-3603.02 (2013); 720 ILL. COMP. STAT. 510/6(8) (2013), enjoined by Consent Decree, Herbst v. O'Malley (No. 84-C-5602, D. Ill., Mar. 30, 1993), <http://www.nrlc.org/uploads/obamabaipa/FedCourtDecree1993BlockingIllinoisLaw.pdf>; KAN. STAT. ANN. § 65-6726 (2013); N.C. GEN. STAT. § 90-21.121 (2013); N.D. CENT. CODE § 14-02.1-04.1 (2013); OKLA. STAT. tit. 63, § 1-731.2 (2013); 18 PA. CONS. STAT. § 3204 (2013); S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-64 (2014):
12. B Dickens. Can Sex Selection Be Ethically Tolerated? JME Online. 2002. Journal of Medical Ethics. Feb.-Mar. 2007, <http://jme.bmj.com/cgi:>
13. B Ganatra / Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):90–9:
- B. Engelen and A. Vandeveld. A Defense of Common Sense. Institute for Philosophy (2004). Feb.-Mar. 2007, <http://www.ethical-perspectives.be:>
14. B.M. Dickens, Can Sex Selection be Ethically Tolerated? 28:6 J. Med. Ethics. 335, 336 (2002); Angela Long, Why Criminalizing Sex Selection Techniques is Unjust: An Argument Challenging Conventional Wisdom. 14 Health L.J. 70, 74-75, 92 (2006):
15. Baird P. Individual interests, societal interests, and reproductive technologies. Perspect Biol Med 1996;40:440–51:

16. Baldwin T. Reproductive liberty and elitist contempt: reply to John Harris. *J Med Ethics* 2005;31:288–90:
17. Ban on Abortions for Sex Selection and Genetic Abnormalities: Model Legislation & Policy Guide for the 2012 Legislative Year, Americans United for Life, <http://www.aul.org/wp-content/uploads/2010/01/Sex-Selective-and-Genetic-Abnormality-Ban-2012-LG.pdf>:
18. Banister J. Shortage of girls in China today. *J Popul Res* 2004;27:19–45:
19. Barot, S. 2012. A Problem-and-Solution Mismatch: Son Preference and Sex-Selective Abortion Bans. *Guttmacher Policy Review*, 15 (2):18–22:
20. Bartha JL, Finning K, Soothill PW. Fetal sex determination from maternal blood at 6 weeks of gestation when at risk for 21-hydroxylase deficiency. *Obstet Gynecol* 2003;101:1135–6:
21. Baruch S, Kaufman D, Hudson KL. Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US in vitro fertilization clinics. *Fertil Steril* 2008;89:1053–8:
22. Basille C, Frydman R, El Aly A, Hesters L, Fanchin R, Tachdjian G, et al. Preimplantation genetic diagnosis: state of the art. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145:9–13:
23. BBC News. Parents queue to select baby gender. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/7696698.stm> (29 October 2008) :
24. Beauchamp TL, Childress JF (1994) *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed. Oxford and New York: Oxford University Press:
25. Bela Ganatra, Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia, 16: 31 *Supp. Reprod. Health Matters* 90, 96 (2008):
26. Benagiano G, Bianchi P. Sex preselection: an aid to couples or a threat to humanity? *Hum Reprod* 1999;14:868–70:
27. Berkowitz JM, Snyder J (1998) Racism and sexism in medically assisted conception. *Bioethics*, 12, 25–44:
28. Bossen L. Forty million missing girls: land, population control and sex imbalance in rural China. *Asia-Pacific E-J Japan Focus*, 2005. <http://www.japanfocus.org/-Laurel-Bossen/1692>:
29. Boyle K, Batzer FR, Ravitsky V. “What's left in the dish?”: ethical issues related to preimplantation genetic diagnosis. *Fertil Steril* 2008;90:S44–5:
- C. Kay, Notes on Utilitarianism. 20 Jan. 1997. Apr. 2007, <http://webs.wofford.edu/kaycd/ethics/util.htm>:
30. Callahan D. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Cent Rep.* 1996;25(6):S1-S26:
31. Campaigns against sex-selective abortion are misogyny disguised as feminism. *Frances Ryan New Statesman* 16 January 2014. <http://www.newstatesman.com/lifestyle/2014/01/campaigns-against-sex-selective-abortion-are-misogyny-disguised-feminism>:
32. Carson SA. Sex selection: the ultimate in family planning. *Fertil Steril* 1988;50:16–19:
33. Centre for Enquiry into Health and Allied Themes. [www.cehat.org/pndt.html](http://www.cehat.org/pndt.html):
34. Chen W. *Zhongguo de Rengonliuchan (Abortion in China)*. (Chapter 6) Beijing: Scientific & Technical Documents Publishing House, 2005:
35. Chu J. Prenatal sex determination and sex-selective abortion in rural central China. *Popul Dev Rev* 2001;27:259–81:
36. Clinical case: Sex selection for nonmedical reasons. Commentary by Louise P. King, MD, JD. *Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics*. June 2007, Volume 9, Number 6: 418-422:
37. Criminalising sex-selective abortions would be a terrible idea for women. *Ann Furedi Independent* 23 February 2015. <http://www.independent.co.uk/voices/comment/criminalising-sexselective-abortions-would-not-protect-women-10065449.html>:

38. Croll E. *Endangered Daughters: Discrimination and Development in Asia*. London: Routledge, 2000:
39. Dahl E, Gupta RS, Beutel M, Stoebel-Richter Y, Brogsig B, Tinneberg HR, et al. Preconception sex selection demand and preferences in the United States. *Fertil Steril* 2006;85:468-73:
40. Dahl E. Ethical issues in new uses of preimplantation genetic diagnosis: should parents be allowed to use preimplantation genetic diagnosis to choose the sexual orientation of their children? *Hum Reprod* 2003;18:1368-9:
41. Dahl E. Procreative liberty: the case for preconception sex selection. *Reprod BioMed Online*. 2003;7(4):380-384:
42. Davis D. *Genetic dilemmas: reproductive technology, parental choices, and children's futures*. New York: Routledge; 2001, p. 98:
43. Davis D. The parental investment factor and the child's right to an open future. *Hastings Cent Rep* 2009;39:1-4:
44. Deshpande S 2 Mumbai doctors get jail for sex tests *The Times of India*. <http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/2-Mumbai-doctors-get-jail-for-sex-tests/articleshow/5187194.cms> (2 November 2009):
45. Designer Daughter. ABC News Online. 2006. Feb.-Mar. 2007, <http://news.au.com>:
46. Dickens BM, Serour GI, Cook RJ et al. Sex selection: treating different case differently. *Int J Gynecol Obstet* 2005;90:171-77:
47. Dickens BM. Can sex selection be ethically tolerated? *J Med Ethics* 2002;28:335-6:
48. Doctor NDTV. India tightens law preventing prenatal sex determination. <http://www.doctorndtv.com/news/detailnews.asp?id=2084>:
49. Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P, Diedrich K: ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex selection for non medical reasons. *Hum Reprod* 2013, 28:1448-1454:
50. Doring O. What's in a choice? Ethical, cultural and social dimensions of sex selection in China. *Hum Ontogenet* 2008;2:1-14:
51. Douglas Almond & Lena Edlund, Son-Biased Sex Ratios in the 2000 United States Census, 105 *PROC. NAT'L ACAD.* 5681, 5681 (2008), [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311342/pdf/zpq5681.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311342/pdf/zpq5681.pdf):
52. Drakos C. Missing women: a phenomenon of the developed world? New evidence from first generation immigrants in the United Kingdom. <http://ssrn.com/abstract/41879909>. Accessed April 23, 2015:
53. Dresser R. Cosmetic reproductive services and professional integrity. *Am J Bioeth.* 2001;1(1):11-12:
54. Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Sex selection and preimplantation diagnosis. *Fertil Steril.* 1999;72(4):595-598:
55. *Fertility and Sterility*, Vol. 103, No. 6, June 2015 0015-0282. American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.035>:
56. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidelines on sex selection for non-medical purposes. *Intl J Gynaecol Obstet.* 2006;92:329-330:
57. Fishburn A US Clinic offers british couples the chance to choose the sex of their child. *The Times Online* (22 August 2009). [http://www.timesonline.co.uk/tol/life\\_and\\_style/health/article6805880.ece](http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article6805880.ece):
58. Fugger EF, Black SH, Keyvanfar K, et al. Births of normal daughters after Microsort sperm separation and intrauterine insemination, in-vitro fertilization, or intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1998;13:2367-70:
59. Fugger EF. Clinical experience with flow cytometric separation of human X and Y-chromosome bearing sperm. *Theriogoneology* 1999;52:1435-40:

60. Gelbaya TA. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Hum Fertil (Camb)* 2010;13:19–27:
61. Gender Identity Disorder. Answers.Com. Feb.-Mar. 2007, <http://www.answers.com/topic/gender-identity-disorder>:
62. Gendercide: Killed, Aborted or Neglected, at Least 100m Girls Have Disappeared—and the Number Is Rising, *ECONOMIST*, Mar. 4, 2010, <http://www.economist.com/node/15606229>:
63. Genetics and Public Policy Center. Public awareness and attitudes about reproductive genetic technology. December 9, 2002. <https://jscholarship.library.jhu.edu/handle/1774.2/979>. Accessed April 23, 2015:
64. Gilbar R. Between unconditional acceptance and responsibility: should family ethics limit the scope of reproductive autonomy? *Child Fam Law Quart* 2009;21:309–35:
65. Ginsburg ES, Baker VL, Racowsky C, Wantman E, Goldfarb J, Stern JE. Use of preimplantation genetic diagnosis and preimplantation genetic screening in the United States: a Society for Assisted Reproductive Technology Writing Group paper. *Fertil Steril* 2011;96:865–8:
66. Goodkind D. Should prenatal sex selection be restricted? Ethical questions and their implications for research and policy. *Popul Stud* 1999;53:49–61:
67. Government cracks down on abortion practice. *Viet Nam News*. 17 October 2006:
68. Government of Viet Nam. Decree 104/2003/ND-CP. Detailing and guiding the implementation of a number of articles of the population ordinance. Hanoi, 2003:
69. Grazi RV, Wolowelsky JB, Krieger DJ. Sex selection by preimplantation genetic diagnosis (PGD) for nonmedical reasons in contemporary Israeli regulations. *Camb Q Healthc Ethics* 2008;17:293–9:
70. Grazi RV, Wolowelsky JB: Addressing the idiosyncratic needs of Orthodox Jewish couples requesting sex selection by preimplantation genetic diagnosis. *J Assist Reprod Genet* 2006, 23:421–425:
71. Guil moto C. Characteristics of sex ratio imbalance in India and future scenarios. UNFPA, 2007:
72. Guttmacher Institute. Abortion Bans in Cases of Sex or Race Selection or Genetic Anomaly: State policies in brief. As of February 1, 2016:
73. Guttmacher Institute. Skewed sex ratio of births in India may be the result of sex-selected abortions. [www.guttmacher.org/pubs/journals/3210206b.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3210206b.html):
74. H.B. 1162, 89th Leg., Reg. Sess. (S.D. 2014) (enacted):
75. Hanser M. Harming future people. *Philos Public Aff* 1990;19:47–70:
76. Harris J (2003) Sex selection and regulated hatred. *Journal of Medical Ethics*, 31, 291–294:
77. Harris J. ‘Goodbye Dolly?’ the ethics of human cloning. *J Med Ethics* 1997;23:353–60:
78. Harris J. No sex selection please, we’re British. *J Med Ethics* 2005;31:286–8:
79. Herrison-Kelly P. The prohibition of sex selection for social reasons in the United Kingdom: public opinion trumps reproductive liberty? *Camb Q Healthc Ethics* 2006;15:261–72:
80. Herrison-Kelly P. Parental love and the ethics of sex selection. *Camb Q Healthc Ethics* 2007;16:326–35:
81. Hershberger PE, Pierce PF. Conceptualizing couples’ decision making in PGD: emerging cognitive, emotional, and moral dimensions. *Patient Educ Couns* 2010;81:53–62:
82. Hirve S. Abortion law, policy and services in India: a critical review. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl): 114–21:
83. Holm S (2004) Like a frog in boiling water: the public, the HFEA, and sex selection. *Health Care Analysis*, 12, 27–39:



84. Hood L. The human genome project—launch pad for human genetic engineering. In: Stock G, Campbell J, eds. *Engineering the human germline*. New York: Oxford University Press, 2000:83:
85. [http://sinosphere.blogs.nytimes.com/2015/10/26/china-polyandry-gender-ratio-bachelors/?\\_r=0](http://sinosphere.blogs.nytimes.com/2015/10/26/china-polyandry-gender-ratio-bachelors/?_r=0):
86. Human Fertilisation and Embryology Act 2008  
[http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2008/ukpga\\_20080022\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2008/ukpga_20080022_en_1):
87. Human Fertilisation and Embryology Authority (2002) Sex selection: choice and responsibility in human reproduction. [http://www.hfea.gov.uk/docs/Sex\\_Selection\\_choice\\_and\\_responsibility.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/Sex_Selection_choice_and_responsibility.pdf):
88. Human Fertilisation and Embryology Authority Code of Practice, 8th ed. (2009):  
[http://www.hfea.gov.uk/docs/complete\\_CoP8.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/complete_CoP8.pdf):
89. Hvistendahl M. *Unnatural selection: choosing boys over girls, and the consequences of a world full of men*. New York: PublicAffairs; 2011:
90. In-Soo Nam, South Korean Women Get Even, At Least in Number, Wall Str. J., July 1, 2013,  
<http://blogs.wsj.com/korearealtime/2013/07/01/south-korean-females-get-even-at-least-in-number>:
91. International Human Rights Clinic at the University of Chicago Law School, National Asian Pacific American Women's Forum & Advancing New Standards in Reproductive Health, *Replacing Myths with Facts: Sex-Selective Abortion Laws in the United States 15–18* (May 2014),  
<https://ihrclinic.uchicago.edu/page/replacing-myths-facts-sexselective-abortion-laws-united-states>:
92. International Humanist and Ethical Union. Female foeticide in India. [www.iheu.org/node/1049](http://www.iheu.org/node/1049):
93. Issue Brief: Race and Sex Selective Abortion Bans, National Asian Pacific American Women's Forum (NAPAWF), [http://napawf.org/wp-content/uploads/2013/11/PRENDAIssueBrief\\_11.26-FINAL.pdf](http://napawf.org/wp-content/uploads/2013/11/PRENDAIssueBrief_11.26-FINAL.pdf):
94. Jennifer Chou and Shivana Jorawar, *Silently Under Attack: AAPI Women and Sex-Selective Abortion Bans*, 22 *Asian Am. L.J.* (2015). <http://scholarship.law.berkeley.edu/aalj/vol22/iss1/4>:
95. Jiang B, Li S. *Nu`xing Queshi yu Shehui Anquan* (The Female Deficit and the Security of Society). Beijing: Social Sciences Academic, 2009,25:
96. Johnson LA, Welch GR, Keyvanfar K, Dorfmann A, Fugger EF, Schulman JD. Gender preselection in humans? Flow cytometric separation of X and Y spermatozoa for the prevention of X-linked diseases. *Hum Reprod* 1993;8:1739–73:
97. Johnson LA, Welch GR. Sex preselection: high-speed flow cytometric sorting of X and Y sperm for maximum efficiency. *Theriogenology* 1999;52:1323–41:
98. Kalfoglou AL, Kammerzell M, Philpott S, Dahl E. Ethical arguments for and against sperm sorting for non-medical sex selection: a review. *Reprod Biomed Online* 2013;26:231–9:
99. Kalra SK, Barnhart KT. In vitro fertilization and adverse childhood outcomes: what we know, where we are going, and how we will get there. A glimpse into what lies behind and beckons ahead. *Fertil Steril* 2011;95:1887–9:
100. Katari S, Turan N, Bibikova M, Erinle O, Chalian R, Foster M, et al. DNA methylation and gene expression differences in children conceived in vitro or in vivo. *Hum Mol Genet* 2009;18:3769–78:
101. Kate Gilles & Charlotte Feldman-Jacobs, *When Technology and Tradition Collide: From Gender Bias to Sex Selection*, Population Reference Bureau 1 (Sept. 2012), <http://www.prb.org/pdf12/gender-bias-sex-selection.pdf>:
102. Klasen S, Wink C. 'Missing women': revisiting the debate. *Femin Econ* 2003;9:263–99:
103. Knoppers BM, Bordet S, Isasi RM. Preimplantation genetic diagnosis: an overview of socio-ethical and legal considerations. *Annu Rev Genomics Hum Genet.* 2006; 7:201-221:
104. Kolata G. Fertility ethics authority approves sex selection. *The New York Times*, September 28, 2001. p. A16:

105. L. Stevens, Gender Identity Disorder. *Psychology Today*. 24 Oct. 2005. *Psychology Today*. Feb.-Mar. 2007, <http://psychologytoday.com>:
106. Lamichhane P , Harken T , Puri M , Darney PD , Blum M , Harper CC , Henderson JT. Sex-selective abortion in Nepal: a qualitative study of health workers' perspectives. Center for Research on Environment Health and Population Activities (CREHPA), Kusunti, Lalitpur, Nepal. *Women s Health Issues* (Impact Factor: 2.33). 05/2011; 21(3 Suppl):S37-41. doi: 10.1016/j.whi.2011.02.001:
107. Laura Lederer, Missing Girls' in Asia: Magnitudes, Implications and Possible Responses, American Enterprise Institute Sept. 17, 2008, <http://www.aei.org/events/2008/09/17/missing-girls-in-asia-magnitudes-implications-and-possible-responses-event>:
108. Leah Scully J et al. (2006) Chance, choice and control: lay debate on prenatal social sex selection. *Social Science and Medicine*, 63, 21–31:
109. Leiter G. What Israeli policy can teach us about elective sex selection. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2014;3:42. doi:10.1186/2045-4015-3-42:
110. Li S, Jian B, Feldman MW. *Xingbie Qishi yu Renkou Fazhan (Gender Discrimination and Population Development)* (Chapters 3, 10). Beijing: Social Science Academic Press, 2006:
111. Li S. Imbalanced sex ratio at birth and comprehensive intervention in China. In: 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health and Rights. Hyderabad, India, 29–31 October, 2007:
112. Liang H. Shiheng de Liangxing 'Tianping': Guangdongsheng Chusheng Xingbiebi Wenti Tanta (The Lopsided Gender Balance: An Exploration of the Unbalanced Sex Ratio at Birth in Guangdong Province). Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009:
113. Liu P, Rose GA. Sex Selection: The right way forward. *Hum Reprod* 1996;11:2343–45:
114. Liu S. *Zhongguo de Chusheng Xingbiebi yu Xingbie Pianhao: Xianxiang, Yuanyin he Houguo (Sex Ratio at Birth and Gender Preference for Children in China: Phenomena, Causes and Consequences)*. Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009,199–205:
115. Lori B. Andrews, Maxwell J. Mehlman, Mark A. Rothstein, *Genetics: Ethics, Law and Policy* 371 (3d ed. 2010) :
116. MacDougall R. Acting parentally: an argument against sex selection. *J Med Ethics* 2005;31:601–5:
117. Macklin R. *Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine*. New York: Oxford University Press, 1999,126:
118. Macklin R. The ethics of sex selection and family balancing. *Semin Reprod Med* 2010;28:315–21:
119. Madhu Kishwar, Abortion of Female Fetuses: Is Legislation the Answer? 1:2 *Reproductive Health Matters* 113, 114 (1993):
120. Malpani A, Malpani A, Modi D. Preimplantation sex selection for family balancing in India. *Hum Reprod* 2002;17:11–12:
121. Matthew L. The ethics of using genetic engineering for sex selection. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(2):116-118. doi:10.1136/jme.2003.005983:
122. McCarthy D (2001) Why sex selection should be legal. *Journal of Medical Ethics*, 27, 302–307:
123. McDougall R. Acting parentally: an argument against sex selection. *J Med Ethics*. 2005;31:601-605:
124. McMarthy D. Why sex selection should be legal. *J Med Ethics* 2001;27:302–7:
125. MicroSort Technology. MicroSort. 1996. Genetics and IVF Institute. Feb.-Mar. 2007, <http://www.microsort.net/results.php>:
126. Miller FG, Brody H. Enhancement technologies and professional integrity. *Am J Bioeth*. 2005;5(3):15-16:

127. Miller FG, Brody H. The internal morality of medicine: an evolutionary perspective. *J Med Philos.* 2001;26(6):581-599:
128. Ministry of Law and Justice. The Pre-Natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Amendment Act. New Delhi: Government of India, 2002:
129. Moazam F (2004) Feminist discourse on sex screening and selective abortion of female fetuses. *Bioethics*, 18, 205–220:
130. Mohapatra S., False Framings: the Co-Opting of Sex-Selection by the Anti-Abortion Movement, 43 *J. L. Med. & Ethics* 270 (2015):
131. Mohapatra S., Global Legal Responses to Prenatal Gender Identification and Sex Selection, *Nevada Law Journal* 13, no. 3 (2013): 690-721:
132. N.C. GEN. STAT. § 90-21.121(a) (2013) (criminalizing performance of an abortion where the provider has knowledge or an objective reason to know that a woman's reasons for an abortion are related to the gender of her child); OKLA. STAT. tit. 63, § 1-731.2 (2013) (requiring knowledge or recklessness); 18 PA. CONS. STAT. § 3204 (2013) (requiring intent, knowledge, or recklessness); S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-64 (2014) (requiring knowledge or reckless disregard) :
133. Nandi, Arindam and Deolalikar, Anil B., Does a Legal Ban on Sex-Selective Abortions Improve Child Sex Ratios? Evidence from a Policy Change in India (January 14, 2013). *Journal of Development Economics*, 2013. <http://ssrn.com/abstract=1824420> <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1824420>:
134. Nandi, Arindam; Kalantry, Sital; and Citro, Brian, "Sex-selective Abortion Bans are Not Associated with Changes in Sex Ratios at Birth among Asian Populations in Illinois and Pennsylvania" (2014). *Cornell Law Faculty Publications*. Paper 1312. <http://scholarship.law.cornell.edu/facpub/1312>:
135. Nie JB. Limits of state intervention in sex-selective abortion: the case of China. *Cult Health Sex* 2010;12:205–19:
136. Nie JB. Non-medical sex-selective abortion in China: Ethical and public policy issues in the context of 40 million missing females. (2011) *British Medical Bulletin*, 98 (1) , pp. 7-20:
137. Now is the time to phone your MP about sex-selective abortion. *Tim Stanley Catholic Herald* 23 January 2015. <http://www.catholicherald.co.uk/commentandblogs/2015/01/23/there-is-no-reason-not-to-support-the-sex-selective-abortion-bill/>:
138. Oomman N, Ganatra BR. Sex selection: the systematic elimination of girls. *Reprod Health Matters* 2002;10:184–8:
139. Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2012;18:485–503:
140. Parents Queue to Select Baby Gender, *B.B.C. NEWS*, Oct. 29, 2008, [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/7696698.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/7696698.stm):
141. Parfit D (1986) *Reasons and persons*. Oxford: Oxford University Press:
142. Parfit D. *Reasons and persons*. Oxford: Oxford University Press, 1984:358–9:
143. Peng P (ed). *Zhongguo Jiefa Shengyu Quanshu (The Complete Book of Family Planning in China)*. Beijing: China Population Press, 1997,939,959,984:
144. Pennings G. Family balancing as a morally acceptable application of sex selection. *Hum Reprod* 1996;11:2339–43:
145. Pessach N, Glasser S, Soskolne V, Barash A, Lerner-Geva L: The Israeli National Committee for sex selection by pre-implantation genetic diagnosis: a novel approach (2005–2011). *Isr J Health Policy Res* 2014, 3:33:

146. Pieklo J., "Report Debunks Conservative Case for Sex-Selection Abortion Bans," RH Reality Check, June 4, 2014, [rhrealitycheck.org/article/2014/06/04/report-debunks-conservative-case-sex-selection-abortion-bans](http://rhrealitycheck.org/article/2014/06/04/report-debunks-conservative-case-sex-selection-abortion-bans):
147. Prakash C. Graveyard of unborn daughters: over 100 female fetuses dug out of a well. *The Tribune* 2006;26(220):1:
148. Prenatal Nondiscrimination Act (PRENDA) of 2013, H.R. 447 113th Cong. §§2(a)(1)(F), (J) (2013), available at <https://goo.gl/hvGwgO> ("The evidence strongly suggests that some Americans are exercising sex-selection abortion practices within the United States consistent with discriminatory practices common to their country of origin, or the country to which they trace their ancestry. . . . [for example,] the Republic of India or the People's Republic of China, whose recent practices of sex-selection abortion were vehemently and repeatedly condemned by [the U.S. government].");
149. Purdy L. Is preconception sex selection necessarily sexist? *Reprod Biomed Online* 2007;15:33–7:
150. Puri S, Adams V, Ivey S, Nachtigall RD. "There is such a thing as too many daughters, but not too many sons": a qualitative study of son preference and fetal sex selection among Indian immigrants in the United States. *Soc Sci Med* 2011;72:1169–76. 1422 VOL. 103 NO. 6 / June 2015 ASRM Pages:
151. Puri S. "I know it's a girl and I need your help to get it out of me." *Slate* August 2, 2011. [www.slate.com/articles/double\\_x/doublex/2011/08/i\\_know\\_its\\_a\\_girl\\_and\\_i\\_need\\_your\\_help\\_to\\_get\\_it\\_out\\_of\\_me.html](http://www.slate.com/articles/double_x/doublex/2011/08/i_know_its_a_girl_and_i_need_your_help_to_get_it_out_of_me.html). Accessed April 23, 2015:
152. Qiu, Renzong, on behalf of the China Expert Symposium, 'Unbalanced Sex Ratio of Newborns: Ethical, Legal and Social Issues'. Action plan to reverse the unbalanced ratio of the sexes. *Yixue Yu Zhexue (Medicine and Philosophy)* 2005;26:24–25, 28:
153. Rajan VJG. Will India's ban on prenatal sex determination slow abortion of girls? <http://www.hinduismtoday.com/1996/4#gen241>:
154. Redden M., "A New Study Demolishes the Racist Myths Behind Sex-Selective Abortion Bans Surprise! The 'Pro-Women' Bans Are Just Another Way to Block Abortion Rights," *Mother Jones*, June 4, 2014, [m.motherjones.com/politics/2014/06/study-sex-selective-abortion-bans-racist-asianamericans](http://m.motherjones.com/politics/2014/06/study-sex-selective-abortion-bans-racist-asianamericans):
155. Ren CC, Miao XH, Cheng H, et al. Detection of fetal sex in the peripheral blood of pregnant women. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2007; 22(5):377–82:
156. Robertson J. Preconception Gender Selection. *Am J Bioethics* 2001;1:1–9:
157. Robertson JA. Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate. *Hum Reprod* 2003;18:465–71:
158. Santa Clara University. A Framework for Thinking Ethically. <http://www.scu.edu/ethics>:
159. Savelescu J. Sex selection: the case for. *Med J Aust* 1999;171:373–75:
160. Savulescu J, Dahl E. Sex selection and preimplantation diagnosis. A response to the Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. *Hum Reprod*. 2000;15(9):1879-1880:
161. Schenker JG. Gender selection: cultural and religious perspectives. *J Assist Reprod Genet* 2002;19:400–10:
162. Scott R. Choosing between possible lives: legal and ethical issues in preimplantation genetic diagnosis. *Oxf J Leg Stud* 2006;26:153–78:
163. Seavillekein V, Sherwin S. The myth of the gendered chromosome: sex selection and the social interest. *Camb Q Healthc Ethics* 2007;16:7–19:
164. Sex Selection, World in Vitro Fertilization Units, <http://www.ivfworldwide.com/Education/sex-selection.html>:
165. Sex-selective abortions: no simple solution. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* February 21, 2012, 184(3). DOI:10.1503/cmaj.109-4097:

166. Sharma BR, Gupta N, Relhan N. Misuse of prenatal diagnostic technology for sex-selected abortions and its consequences in India The Royal Institute of Public Health. 2007. 0033-3506. doi:10.1016/j.puhe.2007.03.004:
167. Sharp RR, McGowan ML, Verma JA, Landy DC, McAdoo S, Carson SA, et al. Moral attitudes and beliefs among couples pursuing PGD for sex selection. *Reprod Biomed Online* 2010;21:838–47:
168. Shenfield F, Pennings G, Sureau C, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B, European Society of Human R, Embryology Task Force on E, Law: I. The moral status of the pre-implantation embryo. *Hum Reprod* 2001, 16:1046–1048:
169. Shushan A, Schenker J. Prenatal sex determination and selection. *Hum Reprod* 1993;8:1545–9:
170. Siegel-Itzkovitch J. Israel allows sex selection of embryos for non-medical reasons. *BMJ*. 2005;330:1228:
171. Simonstein F, Mashiach-Eizenberg M, Revel A, Younis JS: Assisted reproduction policies in Israel: a retrospective analysis of IVF-embryo transfer. *Fertil Steril* 2014, 102(5):1301–1306:
172. Soini S. Preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Europe: diversity of legislation a challenge to the community and its citizens. *Med Law* 2007; 26:309–23:
173. State Family Planning Commission of China. *Population and Family Planning Law of the People's Republic of China*. Beijing: China Population Publishing House, 2002:
174. *Statement of Policies and Principles on Discrimination Against Women and Sex-Selective Abortion Bans*. Center for Reproductive Rights:
175. Steinbock B. Sex selection: not obviously wrong. *Hastings Cent Rep* 2002;32:23–8:
176. Steven G. Calabresi, *How to Reverse Government Imposition of Immorality: A Strategy for Eroding Roe v. Wade*, 31 *Harv. J.L. & Pub. Pol'y* 85 (2008):
177. Strange H, Cesagen. Non-medical sex selection: ethical issues. *British Medical Bulletin* 2010; 94: 7–20. DOI:10.1093/bmb/ldq002:
178. Strange H, Chadwick R *The ethics of nonmedical sex selection*. *Health Care Analysis Online First* (29th September 2009). Forthcoming in print. <http://www.springerlink.com/content/1829j8432n1v3488>:
179. SU-337/99, 12 May 1999 and T-551/99, 2 August 1999. <http://www.isna.org/colombia/pr.html> (accessed 22 November 2004):
180. Sureau G. Gender selection: a crime against humanity or the exercise of a fundamental right? *Hum Reprod* 1999;14:867–8:
181. Sweden Rules 'Gender-Based' Abortion Legal, *The Local* (May 9, 2012), <http://www.thelocal.se/19392/20090512>:
182. te Taiao T, *The Bioethics Council. Who gets born? A report on the cultural, ethical, and spiritual aspects of pre-birth testing*. Wellington, NZ: The Bioethics Council; 2008:
183. Thapa S. Abortion law in Nepal: the road to reform. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Suppl):85–94:
184. *The Worldwide War on Baby Girls: Technology, Declining Fertility and Ancient Prejudice Are Combining to Unbalance Societies*, *Economist*, Mar. 4, 2010, <http://www.economist.com/node/15636231>:
185. *United Kingdom's Human Fertilisation and Embryology Authority. Code of Practice*. <http://www.hfea.gov.uk/en/371.html>:
186. Villa A. Sex preferences and fertility trends in South Korea. *Asia-Pacific Social Science Review* 2006;6(2):153–61:
187. Wachbroit R, Wasserman D. Patient autonomy and value-neutrality in nondirective genetic counseling. *Stanford Law Pol Rev* 1995;6:103–11:

188. Warren MA. Sex selection: individual choice or cultural coercion?. In: Kuhse H, Singer P (eds). *Bioethics: An Anthology*. Oxford: Blackwell, 1999,142:
189. We need an explicit ban on sex-selective abortion. Fiona Bruce MP Conservative Home 23 February 2015: <http://www.conservativehome.com/platform/2015/02/fiona-bruce-mp-we-need-a-clear-ban-on-sex-selective-abortion.html>
190. Wendy R, Ballantyne A, Draper H. Is sex-selective abortion morally justified and should it be prohibited?. *Bioethics* 2007;21:520–24:
191. Wertz DC, Fletcher JC. *Ethics and Human Genetics: A Cross Cultural Perspective*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1989; Benagiano and Bianchi, *Sex Preselection*, op, cit:
192. Whitney Akchurin, Ryan Kartzke. *The Ethics of Gender Selection. The Ethical Imperative in the Context of Evolving Technologies*. Bassick, M. and University of Colorado Boulder. Leeds School of Business. 2007. <http://www.ethicapublishing.com/ethicalimperative.pdf>:
193. Why criminalising gender abortions is sinister and wrong. Reni Eddo-Lodge Telegraph 4 November 2014. <http://www.telegraph.co.uk/women/womens-health/11207382/Why-criminalising-gender-abortions-is-sinister-and-wrong.html>:
194. Why women have a right to sex-selective abortion. Sarah Ditum Guardian 19 September 2013. <http://www.theguardian.com/commentisfree/2013/sep/19/sex-selective-abortion-womans-right>:
195. Wilkinson S (2008) Sexism, sex selection and ‘family balancing’. *Medical Law Review*, 16, 369–389:
196. Wilkinson S. ‘Designer babies’, instrumentalisation and the child’s right to an open future. In: Athanassoulis N, editor. *Philosophical reflections on medical ethics*. New York: Palgrave Macmillan; 2005:44–69:
197. Woodward J. The non-identity problem. *Ethics* 1986;96:804–31:
198. Woojin Chung & Monica Das Gupta, Why is Son Preference Declining in South Korea? The Role of Development and Public Policy, and the Implications for China and India, 19 (World Bank, Policy Research Working Paper No. 4373, 2007), [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1020841](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1020841):
199. Yael Hashiloni-Dolev, Attitudes Toward Sex Selection: A Survey Among Potential Users in Israel, 30 *PRENAT. DIAG.* 1019, 1019 (2010) :
200. Yang J, Song Y, Qu Z et al. *Shenyu Zhengce yu Chusheng Xingbiebi (Fertility Policy and Sex Ratio at Birth)*. Beijing: Social Sciences Academic Press, 2009,244:
201. Zilberberg, j. (2007), Sex selection and restricting abortion and sex determination. *Bioethics*, 21: 517–519. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00598.x:
202. Ananymous. What the law says. [www.hinduonnet.com/2003/12/14/stories/2003121400341400.htm](http://www.hinduonnet.com/2003/12/14/stories/2003121400341400.htm):