

<https://doi.org/10.56936/18291775-2024.38-69>

ՀՏԴ՝ 6 18.2-06

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԱԳՐԵՍԻԱՆ ՈՐՊԵՍ ԾՆՆԴՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿԻ ԼԿԱԶՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌ

Աբրահամյան Ս.Յ.^{1,3}, Ղարոյան Գ.Կ.¹, Զուլիսկյան Կ.Ս.²¹ ԵՊԲՀ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն² «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» բժշկական կենտրոնի ծննդատուն³ «Միշել Օդեն Մայր» կենտրոն (MOM center)

Ստացված է՝ 18.09.2024թ., գրախոսված է՝ 10.10.2024թ., ընդունված է՝ 31.10.2024թ.:

Բանալի բառեր՝ մանկաբարձական բռնություն, Կրիստելլերի հևարբ, Համիլթոնի հևարբ, տեղեկացված համաձայնության, ծննդաբերության հումանիզացիա:

Մանկաբարձական ագրեսիան գիտականորեն չհիմնավորված յարթոգեն գործողությունների շղթա է՝ թվացյալ օգտակար, իսկ իրականում՝ վնաս պատճառող [1, 10, 23]: Ծննդաբերության ընթացքում կանանց նկատմամբ կոպիտ վերաբերմունքը ճանաչվել է որպես առողջապահության գլոբալ խնդիր, որը բուժհաստատություններում խոչընդոտում է բնականոն ծննդաբերությունները [15]: Շատ հաճախ դրա հետևանքը հղիության և ծննդաբերության բարդությունների, շուրջծննդյան նորածնային, մայրական հիվանդացության ու մահացության մեծացումն է [20]:

Ըստ ԱՅԿ-ի պաշտոնական տվյալների՝ մայրական մահացության 50.000 դեպքերից յուրաքանչյուր 10-րդը բժշկական սխալի հետևանք է: Իրավամբ կարելի է ենթադրել, որ այդ դեպքերի 50%-ը մանկաբարձական բռնության արդյունք է:

Աշխատանքի նպատակն է ներկայացնել ծննդօգնության ոլորտում առկա կարևոր խնդիրներից մեկը՝ մանկաբարձական բռնությունը, ըստ միջազգային մասնագիտական գրականության տվյալների՝ դրա տարածվածությունը, արդիականությունը, հետևանքները, ինչպես նաև նվազեցման ուղղված քայլերը:

Համաձայն ԱՅԿ-ի՝ մանկաբարձական բռնությունը կարող է դրսևորվել հետևյալ կերպ. «...Ֆիզիկական բռնություն, նվաստացում, վերբալ բռնություն, հարկադրական կամ կնոջ հետ չհամաձայնեցված բժշկական ընթացակարգեր (ներառյալ ամլացումը), գաղտնիության չպահպանում, կնոջ լիովին չտեղե-

կացվածության հետևանքով ընդունած որոշման հիման վրա միջամտություններ, մեկուսի լինելու կոպիտ խախտումներ, վճարել չկարողանալու պատճառով հրաժարվել հիվանդանոց ընդունելուց կամ բուժօգնություն ցուցաբերելուց, անհրաժեշտության դեպքում չցավագրվել»: Մանկաբարձական ագրեսիան կարելի է դասել 3 հիմնական խմբերի՝ ֆիզիկական, հոգեբանական և ֆինանսական [27]:

Ծննդաբերության ժամանակ կանանց նկատմամբ կոպիտ վերաբերմունքը գրանցվել է ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող և աղքատ երկրներում: Մանկաբարձական բռնության վերաբերյալ վերջերս կատարված հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ դրա տարածվածությունը Մեքսիկայում կազմում է 33%, Արգենտինայում՝ 44%, Թուրքիայում՝ 76%, Հնդկաստանում՝ 15%, ԱՄՆ-ում՝ 17%, Բենիայում՝ 20%, Տանզանիայում՝ 20-28%, Հանայում՝ 65,3%, Եթովպիայում՝ 78%, Նիգերիայում՝ 98% [2, 3, 4, 9, 12, 14, 16, 21, 24, 29]:

2020 թ. Գանայում, Գվինեայում, Մյանմայում և Նիգերիայում կատարված հետազոտությունը ցույց տվեց, որ ծննդաբերության ընթացքում դիտարկված կանանց ավելի քան 40%-ը և հարցվածների 35%-ը ենթարկվել են դաժան վերաբերմունքի: Ընդ որում՝ դեռահաս, միգրանտ կանայք, ՄԻԱՎ վարակակիրները և էթնիկ փոքրամասնությունների ներկայացուցիչներն առավել հաճախ, քան մյուսները, ծննդաբերության ժամանակ ենթարկվել են բռնության [7, 17, 18, 25, 26]:

«Մանկաբարձական բռնություն» տերմինն առաջին անգամ օգտագործվել է Ջեյմս Բլանդեյի կողմից դեռևս 1827 թ. «Լանցետ» ամսագրում, սակայն այն ժամանակ դրան տրվում էր այլ իմաստ, որը նշանակում էր ընկերքի բռնի անջատումը նորածնի ծնվելուց հետո [5]: Առաջին անգամ մանկաբարձական ագրեսիայի մասին խոսվեց անցյալ դարի 60-ականներին ֆրանսիացի բժիշկների կողմից, երբ լայնորեն տարածվեցին բժշկական օգնության խմբերի արշավները տնտեսապես աղքատ, հիմնականում աֆրիկյան երկրներում: Նրանք դիտարկեցին որոշ մանկաբարձուհիների կոպիտ վե-

* ՆԱՄԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԵ

Ս.Յ. Աբրահամյան

ԵՊԲՀ, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն

Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Կոռյունի 2

Էլ. փոստ՝ abrahamyansara@gmail.com

Հեռ.՝ (+374) 93 79 37 78

րաբերմունքը ծննդաբերող կանանց նկատմամբ: Հետազայում սկսեցին խոսել նաև մեծաքանակ անիմաստ հետազոտությունների, անհիմն և նույնիսկ վտանգավոր բուժումների մասին: Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի վերջերս կատարած (ապրիլ, 2023թ.) հետազոտությունը ցույց է տվել, որ յուրաքանչյուր հինգերորդ կին հայտնում է ծննդաբերության ժամանակ վատ վերաբերմունքի մասին, որը առավել տարածված էր սևամորթ, լատինամերիկացի մայրերի շրջանում, որոնց 30%-ը հայտնել է հղիության հսկողության ընթացքում խտրական վերաբերմունքի մասին [11]: Առավել հաճախորդ կոպիտ վերաբերմունքի դեպքերից են բուժաշխատողների կողմից օգնության խնդրանքների անտեսումը, մերժումը, գոռոցով հղին սաստելը, բուժառուի ֆիզիկական անձեռնմխելիության խախտումը և բուժում ընդունելու պարտադրանքը: Ամեն երրորդ կինը աշխարհում ենթարկվում է ֆիզիկական և սեռական բռնության [33]: Շրի-Լանկայում կատարված հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ ամեն հինգերորդ կինը ծննդաբերության ժամանակ բուժանձնակազմի կողմից ենթարկվել է բռնության [22]: Կանանց և աղջիկների նկատմամբ բռնությունը մարդու իրավունքների ոտնահարում է, նաև կարող է առաջացնել անմիջական և երկարաժամկետ ֆիզիկական, սեռական և հոգեկան հետևանքներ, որոնք կարող են կործանարար լինել: Միայն վերջին տարիներին է, որ մանկաբարձական բռնությունը բժշկական գրականության մեջ առավել ուշադրության է արժանացել, և ավելի հաճախ է այս տերմինը օգտագործվում (մոտ 200 հրապարակում 2010 թվականից, որոնցից 72-ը՝ միայն 2022 թվականին) [34]:

Ծննդաբերող կինը շատ խոցելի է և հաճախ չի կարող պաշտպանվել, որը պարունակում է լուրջ հետևանքներ թե՛ մոր, թե՛ պտղի համար: Հաճախ դրա հետևանքով ձևավորվում է անվստահություն բուժանձնակազմի և ողջ բժշկական համակարգի նկատմամբ, որի արդյունքում կինը հետազայում կարող է հրաժարվել նախածննդյան հսկողությունից և ընդհանրապես որևէ բժշկական սպասարկումից:

Մանկաբարձագինեկոլոգիական բռնությունը կարող է լուրջ հետևանքներ ունենալ ինչպես կանանց ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության վրա: Վենեսուելայի օրենսդրությունում նշվում է, որ մանկաբարձական բռնությունը հանգեցնում է այն բանին, որ կանայք կորցնում են ինքնավարությունը, իրենց մարմնի նկատմամբ ազատությունը և սեռականությունը, որը բացասաբար է անդրադառնում կյանքի որակին [31]: Բռնությունը կարող է հանգեցնել մեղքի զգացման,

ինքնազնահատման նվազման և նույնիսկ ծանր հոգեկան խանգարումների, ինչպիսիք են հետծննդյան սուր սթրեսային խանգարումը, հետվնասվածքային սթրեսային խանգարումը և հետծննդյան դեպրեսիան [8, 13]: Ի դեպ, Վենեսուելան դարձավ առաջին երկիրը, որը 2007-ին սահմանեց մանկաբարձական բռնությունը որպես կանանց նկատմամբ պատժելի բռնության տեսակ, և Լատինական ու Հարավային Ամերիկայի մյուս երկրները հետևեցին նրա օրինակին [23]:

Ֆրանսիայում կատարված հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ կանայք, ովքեր նշում են, որ հղիության կամ ծննդաբերության ժամանակ բժշկական անձնակազմի կողմից ոչ պատշաճ խնամքի են ենթարկվել ծննդաբերությունից երկու ամիս անց, մեծ հավանականությամբ կունենան հետվնասվածքային սթրեսային խանգարում [19]: Բացի դրանից, Իտալիայում կատարված Doxa հետազոտությունը ցույց տվեց, որ մայրերի 11%-ը խոստովանել է ստացած հոգեբանական վնասվածքի մասին և նախընտրել է հաջորդ հղիությունը հետաձգել երկար ժամանակով, որը հանգեցրել է պտղաբերության նվազմանը ազգային մակարդակով: Իսկ 6%-ի դեպքում այդ տրավման եղել է այնքան լուրջ, որ նրանք հրաժարվել են երեխա ունենալուց, որը կազմել է տարեկան մոտավորապես 20 000 չձնված երեխա [33]:

Հղին կարող է մանկաբարձական ագրեսիայի ենթարկվել սկսած առաջին այցից՝ պայմանավորված ավելորդ, հաճախ թանկ, գիտականորեն ոչ հիմնավորված հետազոտություններով ու անալիզներով, որոնց հետևանքը նմանատիպ բուժումն է: Մեկը մյուսին հաջորդող դեղամիջոցների նշանակումները (պրոգեստերոն, վիտամինային և հանքային կոմպլեքսները, կենսաբանական ակտիվ հավելումները և այլն) անգամ առողջ հղիների շրջանում հաճախ թերարժեքության բարդույթ են ձևավորում:

Առանձին պետք է նշել նաև բժշկական գործողություններից ամենաանպաշտպան համակարգի՝ հեշտոցային բիոտոպի մասին: Արդեն «նորմա» է դարձել բժշկի ձգտումը հայտնաբերելու հեշտոցի որևէ ինֆեկցիա և ագրեսիվ բուժմամբ ձգտելու հասնել դրա «ստերիլ» վիճակին: Չկա պատշաճ համակարգային մոտեցում նորագույն տեխնոլոգիաների ներդրման ու դրանց կիրառման միջև՝ հիմնված ապացուցողական բժշկության տվյալների վրա՝ հավելյալ միջոցառումների իրականացում (սափրում, ախտահանիչների կիրառում, գործնականում առողջ հղիների շրջանում), որով էլ պայմանավորված հնարավորություն չի տրվում որևէ տեղակայման բիոտոպի (ցայթային, հեշտոցային, շեքային) ծննդաբերության և հետծննդյան

շրջանում կատարելու իրենց բնական պաշտպանիչ ֆունկցիաները:

Մանկաբարձական ագրեսիայի ևս մեկ դրսևորում է հատկապես կանանց կոնսուլտացիաներում հարկի և անհարկի չբարդացած հղիների շրջանում լրացուցիչ հետազոտությունների նշանակումը՝ մինչև 10 գերձայնային հետազոտություն, մի շարք կարողիտոկոգրաֆիաներ (ԿՏԳ):

Հատկապես երրորդ եռամսյակի վերջում բազմաթիվ դիտվող ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ հաճախ ախտաբանություն դիտարկելով՝ իրականացվում են հղիների չհիմնավորված հոսպիտալացումներ, այն էլ հղիության ախտաբանության առանց այդ էլ ծանրաբեռնված բաժանմունքներում: Շատ հաճախ այդ բաժանմունք ընդունված հղին ունի միայն մեկ ճանապարհ՝ ծնարան: Այդ հղիի արգանդի պարանոցը ամեն կերպ նախապատրաստվում է ծննդաբերության. կատարվում է ամնիոտոմիա, ծննդադրում և այլն, այսինքն՝ «ոչ մի քայլ ետ»: Առավել պատկերավոր նման ագրեսիվ մարտավարությունը բնորոշվում է իբրև «կոկորդիլոսի ֆենոմեն», ոչ այն պատճառով, որ այն ագրեսիվ է, ինչպես կոկորդիլոսը, այլ այն պատճառով, որ կոկորդիլոսը չի կարողանում հետ-հետ քայլել:

Ամնիոտոմիաները (պտղապարկի արհեստական պատռում), հաճախ չհիմնավորված, իրականացվում են հղիների ավելի քան 50%-ի շրջանում: Իսկ դրանք ոչ հասուն արգանդի պարանոցի դեպքում մեծացնում են ծննդաբերական բարդությունների հաճախականությունը 16, իսկ կեսարյան հատումներինը՝ 6 անգամ: Փորձագիտական գնահատումները ցույց են տալիս, որ յուրաքանչյուր չորրորդ կեսարյան հատում մանկաբարձական ագրեսիայի հետևանք է:

Մանկաբարձական բռնության առավել հաճախադեպ վայրը ծնարանն է: Այստեղ հաճախ գրանցվում են մի շարք էթիկական խախտումներ. կինը ծնարանում երբեմն մենակ է մնում՝ լքված բուժանձնակազմի կողմից, արգելվում է աջակից անձանց ներկայությունը, սահմանափակվում է նրա ազատ տեղաշարժը և ցանկությունը ծննդաբերել ցանկալի դիրքում, արգելվում է սևվել, կատարվում է չհիմնավորված ծննդադրում 45-60% դեպքերում (ընդհատակյա միզոպրոստոլ, օքսիտոցին, Համիլթոնի հնարք, պտղապարկի հատում), շեփահատում, մանկաբարձական աքցանադրում, վակուում էքստրակցիա, չհիմնավորված կեսարյան հատում, հետծննդյան արյունահոսությունների ոչ ադեկվատ բուժում (արգանդի հեռացում բալոնային տամպոնադայի, ճնշող կարերի կամ անոթների կապման փոխարեն) և այլն: Կանայք հաճախ զրկված են ինքնուրույն որոշումներ կայացնելուց, իսկ ոմանք

ենթարկվում են կոպիտ, երբեմն նույնիսկ անմարդկային վերաբերմունքի: Վերոնշյալի հիմքում ոչ թե անբավարար մասնագիտական որակավորումներն են, այլ մասնագիտական անազնվությունը, որը հաճախ պայմանավորված է բուժաշխատողի բարոյական ցածր մակարդակով, ինչպես նաև բժշկական էթիկայի կանոնների կոպիտ խախտումներով:

Համիլթոնի հնարքը ծննդադրման եղանակ է, երբ մանկաբարձ-գինեկոլոգը կամ մանկաբարձուհին պրոստոգլանդինների արտազատման և կծկանքներ առաջացնելու նպատակով արգանդի պատից անջատում է պտղաթաղանթները: Սակայն այս ցավոտ հնարքը կարող է առաջացնել պտղաթաղանթների մինչծննդաբերական պատռում, արյունահոսություն, մեծացնել էպիդուրալ անզգայացման և կեսարյան հատման հավանականությունը:

Մանկաբարձական ագրեսիայի ամենահաճախադեպ դրսևորումը շեփահատումն է: Անիրաժեշտ է ժխտել տարածված կարծիքները, թե շեփահատումը կանխարգելում է պերինատալ ասֆիքսիան և շնչառական դիսթրես համախտանիշը՝ ի հաշիվ արտամղման շրջանի կարճացման, կամ թե շեփահատումն առանց ցավազրկման անցավ է, զրկված են որևէ հիմնավորումից: Մանկաբարձական ագրեսիա է նաև ծննդաբերության ընթացքում ցավազրկողների տրամադրման մերժումը, որը որակվում է որպես բժշկական համապատասխան օգնության տրամադրման մերժում:

ԱՀԿ-ն Կրիստելլերի հնարքը ճանաչել է անընդունելի, և ՄԱԿ-ի զեկուցագրերում ներառված է մանկաբարձական բռնության մեջ: Կրիստելլերի հնարքը պտղի դուրսբերումն է արգանդից մոր որովայնի վրա կատարվող սեղմումների միջոցով: Այն առաջարկվել է գերմանացի մանկաբարձ-գինեկոլոգ Սամուել Կրիստելլերի կողմից 1867 թվականին՝ հիպոթիայի նշաններով պտղին արգանդից արագ դուրս բերելու համար: Ներկայումս մեթոդը չի կիրառվում՝ պայմանավորված մոր և պտղի համար բարդությունների մեծ ռիսկով (պտղի ողնաշարի պարանոցային հատվածի խիստ ծալում, կապտուկներ, հեմատոմաներ և ներգանգային արյունազեղումներ, ԿՆՀ ֆունկցիայի խանգարումներ, հիպոթիա, մահ, արգանդի, հեշտոցի և շեքի պատռվածքներ, պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում, ներքին արյունահոսություն, լյարդի, փայծաղի վնասվածքներ, կողոսկրերի կոտրվածքներ, անմիզապահություն հետծննդյան շրջանում):

Ինչպես քաղաքակիրթ երկրների մեծ մասում, այնպես էլ Հայաստանում արգելված է Կրիստելլերի մեթոդի կիրառումը: Այն բավականին հաճախ է կիրառվել նախկինում և, ավաղ, որոշ «մասնագետներ»

մինչ օրս կիրառում են դա: Խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ են խիստ մոտեցումներ: 2008թ. Ֆրանսիայում բավական է մանկաբարձուհու բանավոր դիմումը մանկաբարձի կողմից Կրիստելլերի հնարքի կիրառման մասին, որ բժիշկը ցմահ զրկվի իր մասնագիտությամբ աշխատելու իրավունքից:

Պետք է նաև դիտարկել, որ կեսարյան հատումն անվտանգ էլք չէ, այլ սպառնալիք է ապագայում: Չցուցված կեսարյան հատումների բարձր ցուցանիշները ինչպես մոր, այնպես էլ պտղի համար հանգեցնում են բացասական հետևանքների, դիցուք՝ արգանդային արյունահոսություն, հարակից օրգանների վնասում, թարախասեպտիկ հիվանդություններ, թրոմբոէմբոլիկ բարդություններ (ավելանում են 5-12 անգամ), անզգայացման բարդություններ, մանկածնման ֆունկցիայի խանգարումներ, արգանդի պատռվածքի ռիսկի մեծացում, կրկնակի կեսարյան հատումների հաճախականության մեծացում, պլացենտայի առաջադրություն, սերտաճում, նորածնի շնչառական խնդիրներ, դեղնուկ, կրծքով կերակրելու խնդիրներ, երկարատև հոսպիտալացում, բրոնխիալ ասթմա, ճարպակալման և երկրորդ տիպի շաքարային դիաբետի զարգացման մեծ ռիսկ և այլն:

Պետք չէ անուշադրության մատնել, իբր լուծված, սակայն միաժամանակ «հավերժական» հարցը՝ միջինը որքան պետք է տևի ծննդաբերությունը: Յարցը ստրատեգիական է, որովհետև նրա ոչ գիտահեն, ճիշտ պատասխանը պարունակում է սխալ գործողությունների շղթա: Մասնագիտական գրականության տվյալներով առաջնածինների և կրկնածինների ծննդաբերության տևողությունը 19-րդ դարում միջինը կազմել է 20 ժամ և 12 ժամ համապատասխանաբար, իսկ 20-րդ դարի վերջում՝ 13 ժամ և 7 ժամ: Վերլուծելով ժամանակային այդ տարբերությունները՝ կարելի է փաստել, որ յուրաքանչյուր տասնամյակում ծննդաբերության տևողությունը առաջնածինների շրջանում միջինը կրճատվել է 1 ժամով, իսկ կրկնածինների շրջանում՝ 40 րոպեով: Ինչ է փոխվել այս ընթացքում՝ պտղի արտամղման գենետիկորեն ծրագրավորված դարավոր ֆիզիոլոգիական գործընթացը. հազիվ թե:

Մանկաբարձական ագրեսիայի մաս է կազմում նաև տեղեկացված համաձայնության անտեսումը: Ըստ Օվիեդոյի կոնվենցիայի 5-րդ հոդվածի (Կենսաբժշկության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիան)՝ «Բժշկական ցանկացած միջամտություն հնարավոր է միայն շահագրգիռ անձի

ազատ և գիտակցված համաձայնությամբ», «Անձը նախապես ստանում է պատշաճ տեղեկատվություն միջամտության նպատակի և բնույթի, ինչպես նաև հետևանքների և բարդությունների վերաբերյալ», «Շահագրգիռ անձը կարող է ցանկացած պահի հրաժարվել իր համաձայնությունից»:

«Ազատ և գիտակցված համաձայնությունը» ենթադրում է, որ տրամադրվող տեղեկատվությունը պետք է բավականաչափ պարզ և պատշաճ ձևակերպվի այն անձի համար, ում այն տրամադրվում է: Պետք է օգտագործվի հնարավորինս հասկանալի տերմինաբանություն, որպեսզի բուժառույն լիովին հասկանա միջամտության բնույթը, դրա նպատակները, հետևանքները, ռիսկերը:

Մանկաբարձական բռնության մեկ այլ դրսևորում է հոգեբանական տարբերակը, երբ կինը ենթարկվում է նվաստացուցիչ, անհարգալից և խտրական վերաբերմունքի (օրինակ՝ բուժօգնության ժամանակ կնոջ հասցեին արվում են վիրավորական, սեքսիստական ռեպլիկներ):

Բացի մանկաբարձական ագրեսիայից, կանայք հաճախ բախվում են կոմերցիոն ախտորոշումներին, որոնք հնացած են և չեն կիրառվում ժամանակակից բժշկության մեջ (տոքսիկոզ, գեստոզ, «խիտ արյուն», ժառանգական թրոմբոֆիլիա, այտուցներ, արգանդի հիպերտոնուս, լեյկոցիտոզ և այլն): Իրականում սա ևս բժշկական կոպիտ սխալ է:

Հղիությունը կնոջ կարճատև վիճակ է մարդու վերարտադրության գործընթացում: Բնության մեջ վերարտադրության գործընթացը կյանքի շարունակման բնականոն ընթացք է: Այսպիսով, ինչու՞ է հիվանդություն հորինվել մարդու հղիությունից, հղիությունը մայրություն է և ոչ թե հիվանդություն: Այդ պատճառով հղիությանը և ծննդաբերությանը պետք է վերաբերվել զգույշ և կշռադատված:

Ինչպես նշված է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) հայտարարության մեջ, «յուրաքանչյուր կին իրավունք ունի առողջապահության հասանելիության ամենաբարձր չափորոշիչի, որը ներառում է արժանապատիվ, հարգալից բուժօգնություն՝ հղիության և ծննդաբերության ընթացքում, ինչպես նաև պաշտպանվածություն բռնությունից ու խտրականությունից»: Նույն ԱՀԿ-ի տվյալներով ծննդաբերողների միայն 10%-ը կարիք ունի խթանիչ և ցավազրկող դեղամիջոցներ կիրառելու, մյուս 90% կանայք ի վիճակի են ծննդաբերելու ինքնուրույն [27]:

Վերոհիշյալից կարելի է եզրակացնել, որ այս ուղերձն ընդգրկում է մանկաբարձական պրակտիկայի

հիմնախնդիրների լույս մի փոքր մասը, որը վերլուծման, վերանայման և քննադատական վերաիմաստավորման խիստ կարիք ունի: Նման բռնության իրավաբանորեն ընդունված մոտեցման անտեսումն արտացոլում է հասարակության տեղեկացված չլինելը, թե ինչ է մանկաբարձագինեկոլոգիական բռնությունը [30]:

ԱԶԿ-ն կոչ է արել՝ քայլեր ձեռնարկել մանկաբարձական բռնության դեմ: Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ մեր երկրում մանկաբարձական բռնությունը արդյունավետ կանխարգելելու և դրա դեմ պայքարելու համար անհրաժեշտ է իրականացնել միջառարկայական համագործակցություն և կատարել կազմակերպչական փոփոխություններ: Առաջատար մանկաբարձ գինեկոլոգները, մանկաբույժները և իրավապաշտպանները բժշկականացման նվազեցման և մանկաբարձական բռնության դեմ մշակել են առաջարկների ցանկ: Դրանից են՝ հասարակական իրազեկման բարձրացումը, բուժման ուղեցույցների վերանայումը, բուժաշխատողների վերապատրաստման մակարդակի բարձրացումը, նպատակասլաց կլինիկական հետազոտությունները և օրենսդրությունը: Բուժաշխատողների ուսուցման ծրագրերի ներդրումը, ծննդօգնության հումանիզացիայի խթանումը, սեմինարների, ֆորումների կազմակերպումը բուժառուների և բուժանձնակազմի միջև շփման հմտությունների բարելավման նպատակով, գաղտնիության միջոցների խստացումը (առանձին սեյակներ, բաժանարար վարագույրներ և ծնարանում աջակից անձանց ներկայություն), նաև չարաշահումների և կոպիտ վերաբերմունքի նվազեցումը և բացառումը:

Ծննդաբերության հումանիզացիան ենթադրում է «ապահով և գոհացող ծննդաբերությունների» ճապոնական մանկաբարձական հայեցակարգը: Այս մոտեցումն ուղղված է կնոջ իրավունքների և հնարավորությունների ընդլայնմանը, ակտիվ մասնակցությանը և որոշումների կայացմանն ու ինքնահավասարության ապահովմանը:

Հայեցակարգը ներառում է.

- ◆ Մայրական առողջության ծառայությունների որակը բարելավելու, մայրական մահացությունը և հիվանդացությունը նվազեցնելու համար կարևոր նշանակություն ունի հղի կանանց կարեկցանքի և արժանի խնամքի ապահովումը:
- ◆ Կինն առավել խոցելի է ծննդաբերության ժամանակ, երբ անտեղյակ է թույլատրելի և անթույլատրելի միջամտությունների մասին: Պետք է ընտրել այն բժշկին, ում լիովին վստահում ես ու պլանավորում ես քո անվտանգ ծննդաբերությունը:
- ◆ Ծննդաբերության ժամանակ ցանկալի է աջակից

անձ ունենալ՝ դուլա, ամուսին, մայր, քույր, ովքեր հստակ տեղյակ կլինեն, թե ինչպես ես պատկերացնում քո ապահով ծննդաբերությունը: Ապացուցված է, որ այս միջոցը նվազեցնում է ծննդաբերի մոտ կորուստի (սթրեսի հորմոն) արտադրությունը, որը խանգարում է արգանդի կծկումների և պարանոցի բացման բնականոն ընթացքը: Ծննդաբերության ընթացքում ծննդաբերը չպետք է վերահսկի գործընթացը. «Ուղեղը պետք է անջատվի, իսկ մարմինը՝ աշխատի» [6, 28]:

- ◆ Մանկաբարձագինեկոլոգիական խնամքի ընթացքում իրենց իրավունքների մասին կանանց իրազեկման բարձրացում: Բուժառուին կամ նրա ներկայացուցչին պետք է տեղեկացնել բժշկական բոլոր միջամտությունների մասին: Սա նշանակում է, որ բժիշկը պետք է հանգիստ և հստակ բացատրի ընթացակարգի անհրաժեշտությունը, չճշի կնոջը, չմանիպուլացնի կամ մոլորեցնի:
- ◆ Չմիջամտել այն դեպքում, երբ ծննդաբերությունն ընթանում է առանց բարդությունների: Արհեստական խթանումը չպետք է փոխարինի կնոջ բնական կարողությունը. առանց բարդությունների ծննդաբերության դեպքում պետք չէ մշտական հսկողություն սահմանել՝ արագացնելով և կիրառելով լրացուցիչ այլ միջոցներ:
- ◆ Կծկանքների և ճիգերի ժամանակ ազատ դիրքի ընտրություն: Յուրաքանչյուր կին բնագրաբար գիտի, թե որ դիրքն է ծննդաբերության ժամանակ լինելու ամենաանվտանգն ու հարմարավետը:
- ◆ Կնոջ կողմից անզգայացման ընտրության ազատ իրավունք: Ոչ ոք այս կամ այն «անվտանգ» անզգայացման եղանակի կիրառումը մերժելու կամ ստիպելու իրավունք չունի:
- ◆ Բուժառուների պատվի և արժանապատվության սկզբունքների պաշտպանություն: Նույնիսկ եթե բժշկական միջամտություններն անհրաժեշտ են, ծննդաբերներն արժանի են գաղտնիության պահպանման, սեփական զգացմունքների և կարծիքի նկատմամբ հարգալից վերաբերմունքի: Կինը չպետք է զգա իրավիճակի վրա ազդելու վերահսկման կորստի զգացում և պետք է դառնա բոլոր որոշումների կայացման մասնակիցը:
- ◆ Ծննդաբերությունից հետո մոր և պտղի համատեղ կացությունը, կրծքին վաղ մոտեցնելը, մաշկը մաշկին շփումը: Եթե ոչ մայրը, ոչ երեխան անհետաձգելի օգնության կարիք չունեն, բժիշկն ապահովում է հիվանդասեյակում համատեղ

կացության միմյանց հետ շփումը, որտեղ մայրը կարող է բարելավել կրծքով կերակրելը և նորածնին փոխանցել իր եզակի միկրոֆլորան:

Ամփոփելով վերը նշվածը՝ կարելի է եզրակացնել, որ ծննդաբանության մեջ բուժաշխատողի նպատակը պետք է լինի ոչ թե բնական ընթացող գործընթացին միջամտելը, այլ կնոջը օգնելը՝ անցնելու այդ ճանապարհը՝

հնարավորինս խուսափելով բոլոր ռիսկերից: Պետք է խրախուսել բուժառուի մասնակցությունը, օգնել նրան ուսումնասիրելու և համեմատելու բուժման հնարավոր տարբերակները, գնահատելու բուժառուի արժեքներն ու նախասիրությունները, որոշումները կայացնել նրա հետ համատեղ, կշռադատել նրա կայացրած որոշումները:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения. Российский университет дружбы народов: кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии. Комитет по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов, Москва.
2. Abuaya T., Ndwiga C., Ritter J., Kanya L., Bellows B., Binkin N. et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. BMC Pregnancy Childbirth, 2015, 15:224. doi:10.1186/s12884-015-0645-6
3. Aşci Ö. and Bal, MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: a cross-sectional study. Midwifery, 2023. 124:103766. doi: 10.1016/j.midw.2023.103766
4. Asefa A. and Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. Reprod. Health, 2015. 12:33. doi: 10.1186/s12978-015-0024-9
5. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery. The Lancet, 1827; 9: 33-38
6. Bohren M.A., Hofmeyr G.-J., Sakala, Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. 2017, available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
7. Bohren M.A., Meghan A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, 7 (8): CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMC 6483123. PMID 28681500
8. Bohren M.A., Vogel J.P., Hunter E.C., Lutsiv O., Makh S.K., Souza J.P. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med., 2015, 12:e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
9. Castro R. and Frias S.M. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 National Household Survey. Violence Against Women, 2020, 26:555-72. doi: 10.1177/1077801219836732
10. Chervenak F.A., McLeod-Sordjan R., Pollet S.L., De Four Jones M., Gordon M.R., Combs A., Bornstein E., Lewis D., Katz A., Warman A., Grünebaum A. Obstetric violence is a misnomer. Am. J. Obstet. Gynecol., 2024 Mar;230(3S):S1138-S1145. doi: 10.1016/j.ajog.2023.10.003. Epub 2023 Oct 6. PMID: 37806611
11. Chervenak F.A., MD, MMM; Renee McLeod-Sordjan, DNP, APRN, HEC-C; Susan L. Pollet, Juris Doctor. Obstetric violence is a misnomer. Published: October 05, 2023; DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>
12. Correa M., Klein K., Vasquez P., Williams C.R., Gibbons L., Cormick G. et al. Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2022, 158:35-43. doi: 10.1002/ijgo.13938
13. Goaz Melet S., Feldman N. & Padoa A. Obstetric Violence – Since when and Where to: Implications and Preventive Strategies, Harefuah, 2022, 161(9): 556-561
14. Goli S., Ganguly D., Chakravorty S., Siddiqui M.Z., Ram H., Rammohan A. et al. Labour room violence in Uttar Pradesh, India: evidence from longitudinal study of pregnancy and childbirth. BMJ Open, 2019, 9:e028688. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028688
15. Jardim D.M.B., Modena C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Lat. Am. Enfermagem, 2018 Nov 29;26:e3069. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069. PMID: 30517571; PMCID: PMC6280177.
16. Kruk. M.E., Kujawski S., Mbaruku G., Ramsey K., Moyo W. and Freedman L.P. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. Health Policy Plan, 2018, 33:e26-33. doi:10.1093/heapol/czu079
17. Kujawski Stephanie A., Freedman Lynn P., Ramsey Kate, Mbaruku Godfrey, Mbuyita Selemani, Moyo Wema, Kruk Margaret E. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanganyika Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. PLOS Medicine, 1 July 2017, 14 (7):e1002341. doi:10.1371/journal.pmed.1002341. PMC 5507413. PMID 28700587
18. Kujawski Stephanie, Mbaruku Godfrey, Freedman Lynn P., Ramsey Kate, Moyo Wema, Kruk Margaret E. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women’s Confidence in Health Facilities in Tanzania. Maternal and Child Health Journal, 1 October 2015, 19 (10): 2243-2250. doi:10.1007/s10995-015-1743-9. PMID 25990843. S2CID 25074191
19. Leavy E., Cortet M., Huisoud C., Desplanches T., Sormani J., Viaux-Savelon S., Dupont C., Pichon S., Gaucher L., Disrespect during Childbirth and Postpartum Mental Health: A French Cohort Study, BMC Pregnancy and Childbirth, 2023, 23(1): 241. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3>
20. Lokugamage A.U. and Pathberiya S.D.C. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. Reprod Health, 2017, 14:17. doi: 10.1186/s12978-016-0264-3
21. Okafor I.I., Ugwu E.O. and Obi S.N. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2015, 128:110-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.08.0
22. Perera D., Munas M., Swahnberg K., Wijewardene K., Infanti J.J. and on behalf of the ADVANCE Study Group. Obstetric violence is prevalent in routine maternity care: a cross-sectional study of obstetric violence and its associated factors among pregnant women in Sri Lanka’s Colombo District. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2022, 19: 9997
23. Pérez- D’Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2010, 111: 201-202
24. Raj A., Dey A., Boyce S., Seth A., Bora S., Chandurkar D. et al. Associations between mistreatment by a provider during childbirth and maternal health complications in Uttar Pradesh, India. Matern. Child Health J., 2017, 21:1821-33. doi: 10.1007/s10995-017-2298-8
25. Ugwu Emmanuel O., Obi Samuel N., Okafor I.I. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 128 (2): 110-113. doi:10.1016/j.ijgo.2014.08.015. PMID 25476154. S2CID 25851602
27. World Health organization “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”, 1 December 2014. doi:10.1097/QAI.0000000000000378.
28. World Health Organisation. Statement on the Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth, World Health Organization; Geneva, Switzerland:2015.
29. WHO Every woman’s right to a companion of choice during childbirth, September 2020
30. Yalley A.A., Abioye D., Appiah S.C.Y. and Hoeffler A. Abuse and humiliation in the delivery room: prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. Front Public Health, 2023, 11:988961. doi: 10.3389/fpubh.2023.988961
31. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks

and educational guidelines for prevention and elimination Study 17-04-2024

32. Organic Law of 23 April 2007, on the right of women to a life free of violence (República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia), Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela, n. 38.668, 2007, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

33. OVO Italia. Doxa-OVO Italia Survey, 2017, Doxa-OVO Italia Survey | Observato-

ry on Obstetric Violence Italy (OVOItalia) (wordpress.com)

34. UN Women Ending violence against women. 2023. <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women> Date accessed: April 1, 2023

35. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of child-bearing women, 2011, Available at: https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf (Accessed January 20, 2024)

РЕЗЮМЕ

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Абрамян С.О.^{1,3}, Гардян Г.К.¹, Джулакян К.С.²

¹ЕГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии № 2

²Роддом Медицинского центра «Сурб Григор Лусаворич»

³Центр материнства им. Мишеля Одена (МОМ центр)

Ключевые слова: акушерское насилие, прием Кристеллера, маневр Гамильтона, информированное согласие, гуманизация родов.

Акушерская агрессия – ятрогенные, ничем необоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате, приносящие только вред: увеличение осложнений беременности и родов, рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, проявлениями акушерского насилия могут быть: «...физическое насилие, унижение, словесные оскорбления, принудительные медицинские процедуры или медицинские вмешательства без согласия пациента (включая стерилиза-

цию), отсутствие конфиденциальности, информированного согласия, грубые нарушения режима изоляции, отказ в госпитализации или предоставлении медицинской помощи финансово необеспеченным пациентам, отказ в предоставлении, при необходимости, обезболивания». Акушерскую агрессию можно разделить на 3 основные группы: физическую, психологическую и финансовую. Согласно ВОЗ, 50 тыс. случаев только материнской смертности (каждая десятая смерть) явились следствием врачебных ошибок. Можно смело предположить, что половина из них – результат акушерской агрессии.

SUMMARY

OBSTETRIC VIOLENCE AS A REASON FOR THE DECLINE IN THE QUALITY OF OBSTETRIC CARE

Abrahamyan S.H.^{1,3}, Ghardyan G.K.¹, Julhakyan K.S.²

¹YSMU, Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

²Maternity Hospital of "Saint Gregory the Illuminator" Medical Center

³Michel Odent Mother Center

Keywords: obstetric violence, Kristeller manoeuvre, Hamilton manoeuvre, informed consent, humanization of childbirth.

Obstetric violence is a form of reproductive violence that occurs during pregnancy, childbirth, and postpartum. Manifestations of obstetric violence can be unprofessional abuse and mistreatment, such as biased care, neglect, emotional abuse (verbal), or physical abuse, including performing procedures that are unnecessary, unindicated, or without informed patient consent. Healthcare providers must promote unbiased,

respectful, and patient-centered professional care, provide an ethical framework for all healthcare personnel, and work toward systemic change to prevent any mistreatment or abuse in our specialty. Obstetric violence can be divided into 3 main groups: physical, psychological, and financial. According to WHO, 50 thousand cases of maternal mortality alone (every tenth death) were the result of medical mistakes. It is safe to assume that half of them is the result of obstetric violence.