

## იმუნიზაცია ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი უფლებაა

იმუნიზაცია ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი უფლებაა და სიღარიბის შემცირების პროგრამების სტრატეგიულ კომპონენტს წარმოადგენს

ბოლო რამდენიმე ათწლეულის მანძილზე, ჯანდაცვის სფეროში უზარმაზარი მიღწევებს ჰქონდა ადგილი, თუმცა მათი შედეგები არათანაბრად გადანაწილდებაროგორც მთელ მსოფლიოში, ასევე ჯანმო-ს ევროპის რეგიონშიც. ასე მაგალითად, ცენტრალური აზიის ქვეყნებში ბავშვთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ახალშობილზე 17.68-ს შეადგენს მაშინ, როდესაც ევროკავშირში ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 3.79-ია (ევროპის მონაცემთა ბაზა “ჯანმრთელობა ყველასთვის”, უახლესი მონაცემები, 2010 წ.)

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმო-ს ევროპის რეგიონში წითელას საწინააღმდეგო იმუნიზაციით მოცვა 94%-ს, ხოლო დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსის (DPT)–ს 3 დოზითა და პოლიომეღიტის ვაქცინის 3 დოზით მოცვა – 90%-ზე მეტს შეადგენს, ეს რიცხვები ძალიან არათანაბრად გადანაწილდება. იმუნიზაციით მოცვის დონე ფრიად განსხვავდება როგორც სხვადასხვა ქვეყნებს შორის, ასევე ცალკეული ქვეყნების შიგნით. კვლევებიდან სჩანს, რომ მათ, ვინც დაბალ სოციო-ეკონომიკურ ფენას მიეკუთვნება, ხშირ შემთხვევაში არ მიუწვდებათ ხელი ჯანდაცვის სათანადო მომსახურებაზე. 21 განვითარებად და გარდამავალ ეტაპზე მყოფ ქვეყანაში, მოსახლეობის ყველაზე შეძლებული ნაწილმა, რომელიც 20%-ს შეადგენს, მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების 26% მიიღო მაშინ, როდესაც მოსახლეობის ყველაზე ღარიბმა ფენამ, რომელიც 20%-ს შეადგენს, მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების მხოლოდ 16%-ით ისარგებლა. “ჯანმრთელობის დემოგრაფიულ კვლევაში” (DHS)[1] აღნიშნული ცალკეული ქვეყნების მონაცემებით, ვაქცინაციით მოცვა განსხვავდება ქალაქებსა და სოფლებს შორის არსებული უთანასწორო პირობების მიხედვით. მაგალითისთვის, 2008 წელს, თურქეთის ქალაქებში მცხოვრები ბავშვების 80%, ხოლო სოფლად მცხოვრები ბავშვების მხოლოდ 67% აიცრა სხვადასხვა დაავადებების (ტუბერკულოზი, დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომეღიტი, ბ ჰეპატიტი და წითელა) წინააღმდეგ. აზერბაიჯანში, 2006 წელს, ქალაქებში მცხოვრები ბავშვების 55%-მა, ხოლო სოფლად მცხოვრები ბავშვების მხოლოდ 29%-მა მიიღო ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აცრა (BCG), DPT -სა და პოლიომეღიტის ვაქცინის 3-3 დოზა, MMR და ბ ჰეპატიტის ვაქცინები . თუმცა სომხეთში, 2005 წელს ქალაქში მცხოვრები ბავშვების მხოლოდ 51%-მა მიიღო BCG, DPT -სა და პოლიომეღიტის ვაქცინის 3-3 დოზა, და ბ ჰეპატიტის ვაქცინა მაშინ, როდესაც იგივე აცრები სოფლად მცხოვრები ბავშვების 62%-ს ჩაუტარდა.

იმუნიზაცია არა მხოლოდ ავადობისა და სიკვდილობის შემცირების ეფექტური საშუალებაა. მისი გამოყენება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების არათანაბარი მიწოდების დაძლევის სტრატეგიადაც შეიძლება. წითელას შემთხვევების შემცირებას წვლილი შეაქვს ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზნის შესრულებაში, რომელიც ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას უკავშირდება. ერთი წლის ასაკის ბავშვთა წითელას საწინააღმდეგოდ აცრა ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის (ორი მესამედით) შემცირების ინდიკატორია.

ზოგ ქვეყანაში, ერთი წლის ბავშვებში წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მოცვის კუთხით, სოფლად მცხოვრებთა შორის მაჩვენებლები მოულოდნელად მაღალია. ცხადია, რომ ქალაქის დიდ, მჭიდროდ დასახლებულ ცენტრალურ ნაწილებში მცხოვრები ბევრი ადამიანი რეგულარულად არ იცრება. ამის ერთ-ერთი მიზეზი მიგრაციაც გახლავთ (როგორც საზღვარგარეთიდან – ქვეყანაში, ასევე ქვეყნის შიგნით სოფლებიდან – ქალაქებში), ვინაიდან მიგრანტები შესაძლოა არ იყვნენ აღრიცხვაზე ქალაქის სამედიცინო დაწესებულებებში, თუკი არ ხდება მათი აქტიური გამოვლენა. თუმცა, ზოგიერთი ქვეყნის სოფლებში იმუნიზაციით მოცვის მაღალი დონის მიუხედავად, სოფლად მაინც ბევრი ბავშვი რჩება აუცრელი, ეს კი მათ ვაქცინაციით მართვადი ინფექციების მიმართ დაუცველს ხდის. ისეთი ფაქტორების ერთობლიობა, როგორცაა განათლების დაბალი დონე, მწირი შემოსავალი და პერიფერიულ, ღარიბ დასახლებაში ცხოვრება კიდევ უფრო ართულებს აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მიღების ხელისშემშლელ ბარიერებს. ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში შეიძლება არ შედიოდეს იმ ადამიანების მონაცემები, ვისაც არ აქვთ სათანადო ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის მომსახურებაზე, რაც ცენტრს მომორებულ დასახლებებში აუცრელ პირთა რეალურ რიცხვს ნიღბავს. იმუნიზაციით მოცვა შესაძლოა დაბალი იყოს სოფლად მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებსა და მოსახლეობის სხვა მარგინალურ ჯგუფებს შორის, რაც ეკონომიკური, კულტურული, სოციალური და პოლიტიკური განზომილებების მქონე სოციალური გარიყულობის პროცესებს უკავშირდება.

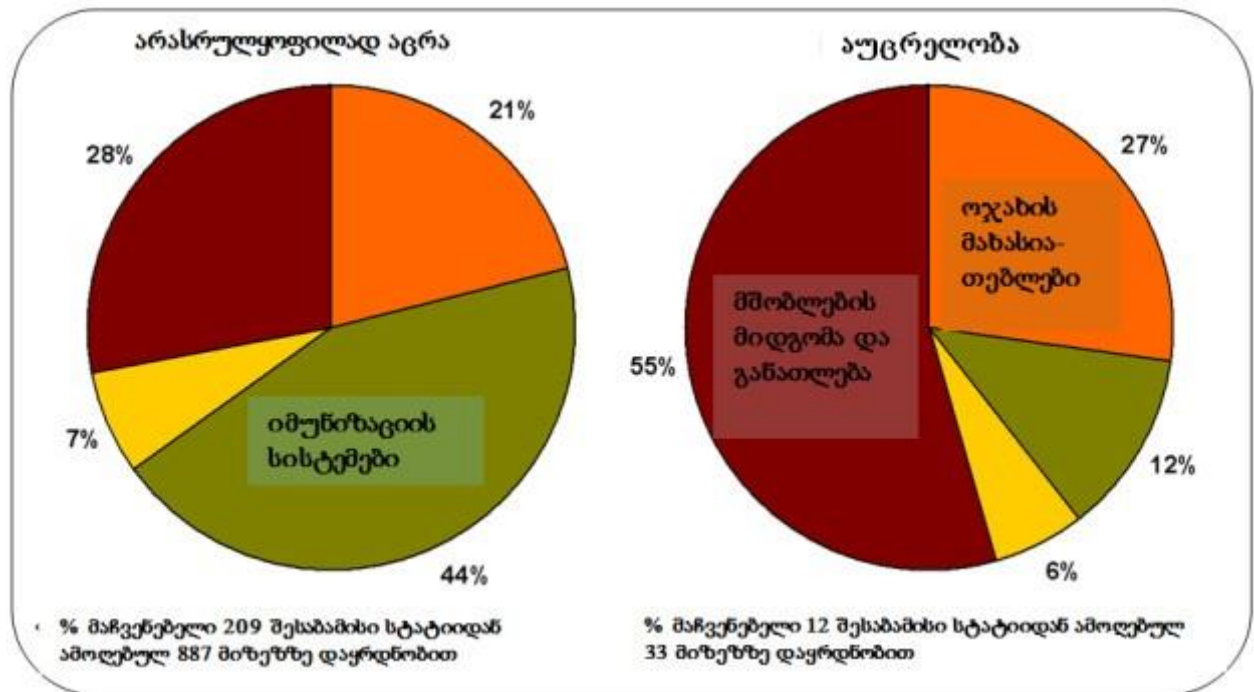
ყველა ქვეყანაში არის მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი, რომელიც არ არის აცრილი და შესაბამისად დაუცველია ვაქცინაციით მართვადი დაავადებების წინაშე. 2008-2009 წწ. წითელას ეპიდემიისას ავსტრიაში, ბოსნია და ჰერცეგოვინაში, ბულგარეთში, საფრანგეთში, გერმანიაში, იტალიაში, პოლონეთსა და ესპანეთში, ავადობის შემთხვევები უმეტესწილად იმ ადამიანებში გამოვლინდა, ვინც არ გაიკეთა აიცრა თავისი მსოფლმხედველობიდან/პრინციპებიდან გამომდინარე, ვინც ბოშათა ეთნიკურ ჯგუფს ნაწილს მიეკუთვნებოდა ან მიგრანტ იყო და შესაბამისად, არ მიუწვდებოდა ხელი იმუნიზაციაზე. იმუნიზაცია შეიძლება აგრეთვე არ იყოს ხელმისაწვდომი მოშორებულ ან ძნელად მისადგომ

ადგილებში მცხოვრები მოსახლეობის, დევნილების, ანდა სოციალური ან ეკონომიკური თვალსაზრისით მარგინალიზებული ჯგუფებისთვის.

გარდა ამისა, ზოგიერთები არ არიან სათანადოდ ინფორმირებული ან არ აქვთ მოტივაცია ინფორმაციის მოსაპოვებლად, ვინაიდან არ უნახავთ ის დაავადებები, რომელთა თავიდან აცილებაც იმუნიზაციით ხდება. სხვები უარს ამბობენ აცრებზე ეთნიკური ან რელიგიური მოსაზრებებიდან გამომდინარე. მოსახლეობის ყველა ეს ჯგუფები დაუცველია ვაქცინაციით მართვადი ინფექციების წინააღმდეგ. უნდა აღინიშნოს, რომ აუცრელობისა და არასრულყოფილად აცრის მიზეზები ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავდება (იხ. ილუსტრაცია 3).

იმუნიზაციის არათანაბარი ხელმისაწვდომობის ერთ-ერთი მიზეზი ქვეყნების სოციო- ეკონომიკური სტატუსიცაა. ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის აღმოსავლეთ და დასავლეთ ნაწილებს შორის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სულ უფრო მეტად განსხვავდება. განვითარებულ ქვეყნებში გეგმიური ვაქცინების შესაძენად საჭირო სახსრები სხვა ქვეყნებს არ გააჩნიათ. ასე მაგალითად, პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის მხოლოდ 15 ქვეყანაში გამოიყენება, ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია მოზარდ გოგონებში კი 17 ქვეყანაში კეთდება. ამ ქვეყნების უმეტეს ნაწილს მაღალი შემოსავლების მქონე ძლიერი ეკონომიკა აქვთ. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან მხოლოდ რამოდენიმემ, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებიდან კი არცერთმა არ დაუმატა ეს ვაქცინები გეგმიური იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამებს.

გამოქვეყნებული ლიტერატურის მიმოხილვა: აუცრელობის/ არასრულყოფილადაცრის მიზეზები



მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის არათანაბარი გადანაწილება მხოლოდ სოციო-ეკონომიკურ სტატუსს არ უკავშირდება. 21 ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყანაში ბავშვთა კეთილდღეობის ანალიზმა აჩვენა, რომ ამ ქვეყნების უმეტეს ნაწილს ბავშვთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების სფეროში საყურადღებო სუსტი მხარეები აღინიშნებოდა (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2007 წ.). შიდა ეროვნული პროდუქტის (GNP) მაღალი მაჩვენებლისა და ჯანდაცვის სფეროში სოლიდური ინვესტიციების მქონე ქვეყნებში ხანდახან, სხვადასხვა კომპლექსური პრობლემების გამო, ადგილი აქვს დაავადებების ფართომასშტაბიან ეპიდემიურ ეპიდემიებს და იქ შესაძლოა ვაქცინაციით მართვადი ინფექციების უფრო მეტი შემთხვევა დაფიქსირდეს, ვიდრე უფრო დაბალი GNP -ს მქონე ქვეყნებში. 2009 წელს პირველად მოხდა ისე, რომ წითელას შეტყობინებული შემთხვევების 95% ევროკავშირის წევრი ქვეყნებიდან იყო (65% კი დასავლეთ ევროპიდან).

[1] ამ აზრაცში მოყვანილია მონაცემები შემდეგი წყაროებიდან: Hacettepe University Institute of Population Studies (2009); ; სტატისტიკის სახელმწიფო კომიტეტი [აზერბაიჯანი] და Macro International Inc. (2008); სტატისტიკის ეროვნული სამსახური [სომხეთი], ჯანმრთელობის

სამინისტრო [სომხეთი] და ORC Macro (2006).