

სავალდებულო იმუნიზაცია: გადაწყვეტილებების მიღების პრინციპები და საერთაშორისო გამოცდილება

შესავალი

ვაქცინაზე მოთხოვნის კუთხით განასხვავებენ სამი კატეგორიის მომხმარებელს: პირველი - ვაქცინაციის სარგებლიანობაში დარწმუნებული საზოგადოება, მეორე - რეზისტენტული მშობლები, მათ შორის აქტივისტი მოწინააღმდეგეები, მესამე - ისინი, ვისი გადაწყვეტილებაც დამოკიდებულია მიღებულ ინფორმაციასა და კონსულტაციებზე. სწორედ ამ უკანასკნელზე ზეგავლენით იმუნიზაციის მოცვის გაზრდა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ამოცანას, რომელიც განსხვავებულ ინტერვენციებს იყენებს მშობლების, სერვისის მიმწოდებლებისა და სისტემის გამდიერების კუთხით (4).

ადამიანებზე, რომლებსაც ჩამოყალიბებული არ აქვთ ვაქცინაციის მიმართ გადაწყვეტილება, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციალური წრე და ის ფაქტორი, თუ რამდენად წარმოადგენს ვაქცინაცია მათ სოციალურ ნორმას. იმ შემთხვევაში, როცა იმუნიზაცია საზოგადოების სოციალური ნორმაა, ადამიანები მეტად არიან მიდრეკილი ვაქცინაციისკენ, მეტია ვაქცინაციის სასარგებლოდ გადაწყვეტილების მიღების ალბათობა (4).

მნიშვნელობა აქვს იმასაც, თუ რამდენად ხანგრძლივ დროს უთმობენ ექიმები და ექთნები პაციენტებთან იმუნიზაციაზე საუბარს. გასათვალისწინებელია სადაზღვევო კომპანიების როლიც, რომლებიც, იდეალურ შემთხვევაში დაინტერესებული უნდა იყვნენ იმუნიზაციის მაღალი მოცვითა და იმუნური ფენის გაზრდით. არსებობს სხვადასხვა ქვეყნების მაგალითები, როდესაც ამ მიზნით სადაზღვევო კომპანიები ეწევიან ექიმებისა და კლინიკების ფინანსურ წახალისებას (4).

მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებსა და ამერიკაში ზოგადად მოცვა მაღალია, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ აუცრელი მოსახლეობა მიდრეკილია კლასტერებად დაჯგუფებისკენ, რაც ქმნის მოწყვლად პოპულაციებს და წარმოადგენს საფრთხეს იმ ადამიანებისთვის, რომელთათვის სხვადასხვა მიზეზით აცრა დუშვებულია. სწორედ ამ კონტექსტში ხდება მანდატორული იმუნიზაციის წინა პლანზე წამოწევა (10). უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში, ვაქცინით პრევენცირებადი დაავადებების (ძირითადად წითელას) აფეთქებების ფონზე, რიგ ქვეყნებში გამოიკვეთა ვაქცინების მიმართ უნდობლობისა და მშობლების გულგრილობის პრობლემები, რაც საბოლოოდ, იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლების შემცირების მიზეზი გახდა. შექმნილმა მდგომარეობამ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანას უბიძგა, გადაეხედა იმუნიზაციის პოლიტიკა და მარეგულირებელი კანონმდებლობა (9).

EU-ქვეყნები და მანდატორული იმუნიზაცია:

მტკიცებულებები პოლიტიკის შესახებ

ევროპის რეგიონში განსხვავებულია ქვეყნების მიდგომა და დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ. 2010 წლის კვლევა ევროპის EU ქვეყნების იმუნიზაციის პოლიტიკის შესახებ (VENICE project survey) უჩვენებს, რომ იმ დროისათვის, რეგიონის 15 ქვეყანას ჰქონდა სრულიად ნებაყოფლობითი ვაქცინაცია, ხოლო დანარჩენს ერთი ან მეტი მანდატორული ვაქცინაცია. (9).

VENICE პროექტი ქვეყნების კანონმდებლობების განხილვის საფუძველზე ასკვნის, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის არსებობა და რუტინული იმუნიზაციით მაღალი მოცვა არ არის პირდაპირპროპორციული, ანუ, იმ ქვეყნებში, სადაც ვაქცინაცია სავალდებულოა, არ არის უფრო უკეთესი მაჩვენებლები, ვიდრე მეზობელ ქვეყნებში, სადაც ნებაყოფლობითი იმუნიზაციის პოლიტიკაა (9). ბრიტანეთი, შვედეთი, ნიდერლანდები, ნორვეგია, დანია და ფინეთი გამოირჩევიან განსაკუთრებით მაღალი იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლით, რასაც მიაღწიეს ნებაყოფლობითი ვაქცინაციით. რამდენად შესაძლებელია სხვა ქვეყნებმაც შეძლონ იგივე წარმატების მიღწევა? ASSET-ის კვლევის თანახმად, მანდატორული იმუნიზაცია მიმართულია პრობლემის მოკლევადიან მოგვარებაზე და არ არის ორიენტირებული მისი გრძელვადიანი გადწყვეტისკენ, რისთვისაც ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის გაუმჯობესება და ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგია უფრო ეფექტური მიდგომაა (9).

წითელას აფეთქებების პასუხად, რამდენიმე ქვეყანამ (რუმინეთი, საფრანგეთი, იტალია, გერმანია, ფინეთი) გაამკაცრა **იმუნიზაციის პოლიტიკა, რაც მანდატორული მიდგომის სხვადასხვა ფორმით დანერგვას გულისხმობს და მოიცავს სავალდებულო ვაქცინების გაზრდილ რაოდენობას, აუცრელ შემთხვევებზე შეზღუდვებისა და ჯარიმების შემოღებასა და ვაქცინაციიდან გათავისუფლების რეგულაციების გართულებას.** ქვეყნების მიერ მიღებული განსხვავებული ზომები მიუთითებს, რომ არ არსებობს ერთიანი მიღებული სტრატეგია, რომელიც უნივერსალურად მოერგება ყველა ქვეყანას (9). მნიშვნელოვანია, განხორციელდეს საკანონმდებლო ცვლილებების მონიტორინგი იტალიაში, რუმინეთში, საფრანგეთში, ფინეთში, გერმანიაში და დინამიკაში შედარდეს იმ ქვეყნებში ვაქცინაციის შედეგებს, სადაც მანდატორული იმუნიზაცია არ არის შემოღებული. ეს ხელს შეუწყობს მტკიცებულებების გამოვლენას კითხვაზე - უნდა იყოს თუ არა ვაქცინაცია სავალდებულო იმისათვის, რომ მასიურად იქნას მოსახლეობა, განსაკუთრებით ყველაზე მოწყვლადი ნაწილი დაცული (10).

სავალდებულო იმუნიზაციამ, როგორც ჯანდაცვის მუშაკების, ასევე საზოგადოებისთვის შეიძლება შედეგად მოიტანოს იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლების სწრაფი გაუმჯობესება, მაგრამ მანდატორიზმის შემოღებას უმეტესად თან ახლავს იმუნიზაციის მიმართ წინააღმდეგ განწყობის მკვეთრი მომატება. ყველა ქვეყანაში, რომელმაც მომზადება დაიწყო ან შემოიღო უფრო მანდატორული მიდგომის მქონე კანონმდებლობა, გაჩნდა მოსახლეობის პროტესტი გარკვეული ფორმით (იმ ქვეყნებშიც კი, სადაც უკვე იყო საკმაოდ ძლიერი მანდატორული პირობები). ეს პროტესტები გამოიხატებოდა როგორც

დებატებითა და დისკუსიებით, ასევე მშობლების მიერ სასამართლოში შეტანილი სარჩელებით, სადაც ამტკიცებდნენ, რომ შემოთავაზებული კანონმდებლობა ანტი-კონსტიტუციურია. ზოგიერთ შემთხვევაში საკონსტიტუციო/უზენაესმა სასამართლომ დაადგინა უფრო მანდატორული მიდგომის შემოღება, ხოლო ზოგიერთის დადგენილებით საკანონმდებლო შემოთავაზება უნდა გაუქმდეს ან თავიდან იქნას შედგენილი. გასათვალისწინებელია საჩივრების შედეგად წარმოქმნილი ფინანსური ტვირთიც სამართალწარმოების პროცესებთან დაკავშირებული ხარჯების გამო (10).

პოლიტიკური მეცნიერების დარგში ჩატარებული კვლევების მტკიცებით, სავალდებულობა არ ზრდის ვაქცინაციის მიმართ ნდობას, თუმცა, იგი მძლავრი ინსტრუმენტია გადაწყვეტილების მიმღებთა თვითკმაყოფილების ასამაღლებლად და ხელს უწყობს ვაქცინაციის სერვისების ეფექტურობას. მანდატორული იმუნიზაციის არსი არ მდგომარეობს იმუნიზაციაზე ექვის მქონე მშობლების დათანხმებაში, რომ აცრან თავიანთი შვილები მათი ნების საწინააღმდეგოდ; მისი ძირითადი დანიშნულებაა მოსახლეობის ფართო მასებს შეატყობინოს ვაქცინაციის საზოგადოებრივი მნიშვნელობის შესახებ. თუმცა, არსებობს რისკი, რომ მოსალოდნელმა ვაქცინაციის საწინააღმდეგო კამპანიით მიყენებულმა ზიანმა გადააჭარბოს სავალდებულო იმუნიზაციის სარგებელს. რისკი კიდევ უფრო იზრდება, როდესაც ვაქცინების მიწოდება და ხელმისაწვდომობა ვაქცინაციის სერვისებზე არ არის გარანტირებული, როგორც მოხდა რუმინეთის შემთხვევაში. კვლევის თანახმად, უფრო პერსპექტიულია ვაქცინაციის მიმღებლობაზე ორიენტირებული ქცევის ცვლილებაში ინვესტირება. (9)

სრული და ნაწილობრივი მანდატორიზმი

ვაქცინაციის მიზანია კონკრეტული დაავადების მიმართ შექმნას იმუნური ფენა. სხვადასხვა დაავადებას იმუნური ფენის სხვადასხვა ნორმა აქვს, რაც განისაზღვრება დაავადების კონტაგიოზურობით. მაგალითად, წითელას აქვს მაღალი კონტაგიოზურობა და მისი მოცვის მინიმალური ზღვარი იმუნური ფენის შესაქმნელად არის 95%, ხოლო პოლიომიელიტი არის ნაკლებად გადამდები დაავადება და მისი სამიზნე მაჩვენებელი 10-15%-თ დაბალია წითელასთან შედარებით.

მიუხედავად ბოლო დროს გავრცელებული ტენდენციისა სკოლის ბავშვებისათვის არასამედიცინო გამონაკლისების შეზღუდვის შესახებ, მეცნიერების ნაწილი ამტკიცებს, რომ უმჯობესია აღნიშნული პოლიტიკა გამოყენებული იქნას მხოლოდ წითელას ვაქცინის შემთხვევაში, რამდენადაც ამ ვაქცინის მიმართ ნებაყოფლობითი იმუნიზაციის მიდგომამ არ გამოიღო შედეგი. მიზეზად სახელდება წითელას ვირუსის განსაკუთრებული კონტაგიოზურობა. ამასთან, წითელას შეიძლება ჰქონდეს მძიმე მიმდინარეობა, მაღალია ამ დაავადების აფეთქების ალბათობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის მის მიერ მიყენებული ზიანი. წითელას ვაქცინა არის უსაფრთხო და ეფექტურია დაავადებათა აფეთქების პრევენციისათვის. წითელას ვაქცინის არასასურველი ეფექტი ძალიან იშვიათია და ვაქცინირების სრული კურსის შემთხვევაში იწვევს მაღალ იმუნიტეტს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართ საფრთხისა და ვაქცინის უსაფრთხოების ფაქტორები ამართლებს წითელას სავალდებულო ვაქცინაციაზე გადაწყვეტილების მიღებას.

მეცნიერების ნაწილს მიაჩნია, რომ წითელას იმუნიზაციაზე მანდატორული პოლიტიკის გატარება უფრო დასაბუთებადი, მდგრადი და აღსრულებადია, ვიდრე ყველა რუტინული ვაქცინის მიმართ. წითელას მსგავსი პოლიტიკის გატარება ასევე რეკომენდებულია ყივანახველას მიმართ(11). გასათვალისწინებელია, რომ თუ მოხდება წითელას ან ცალკეული ვაქცინის მიმართ მანდატორიზმის დაკანონება, შეიქმნება ხელოვნური შეუსაბამობა მოთხოვნასა და მიწოდებას შორის, რამდენად უმეტეს შემთხვევაში მონოვალენტური ვაქცინების პროდუქტები ამ ეტაპზე არ იწარმოება. საკითხი შესაძლებელია გახდეს დავის საგანი (11).

არსებობს განსხვავებული მოსაზრებაც, რომ ერთი ან რამდენიმე ვაქცინის სავალდებულოობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მოუტანოს იმუნიზაციის პროგრამას რეკომენდებული ვაქცინების მოცვის შემცირების გამო. კონკრეტული, სავალდებულო ვაქცინით მოცვა გაიზრდება, თუმცა საერთო ეფექტი ვაქცინაციით მოცვაზე იქნება უარყოფითი. ნეგატიური შედეგი განსაკუთრებით აისახება ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობის მქონე მოსახლეობაში. შესაბამისად, რაც უფრო დიდია ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობა საზოგადოებაში, მით უფრო მეტია ნაწილობრივ სავალდებულო ვაქცინაციის ნეგატიური გავლენა (Betsch & Böhm, 2016) (15). ვაქცინაციის მიმართ ეჭვის მქონე ადამიანებში გამძაფრდება სავალდებულო იმუნიზაციის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება და არჩევანის თავისუფლების სურვილი გამოვლინდება რეკომენდებული ვაქცინების დაბალი მოთხოვნით.

შესაბამისად, გამოიკვეთა ნაწილობრივ სავალდებულო ვაქცინაციის 3 ძირითადი ასპექტი: 1. ნაწილობრივი სავალდებულო იმუნიზაციის არსებობა ამცირებს რეკომენდებული ვაქცინებით მოცვას იმ პოპულაციაში, სადაც ვაქცინების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება აღინიშნება. 2. სავალდებულო იმუნიზაციამ შეიძლება უზიდავოს სერიოზულ წინააღმდეგობას, რაც გამოიხატება შეზღუდული არჩევანის თავისუფლების დაბრუნების სურვილში. ეს შეგრძნება განსაკუთრებით აქტუალურია იმუნიზაციისადმი ნეგატიური დამოკიდებულების მქონე ადამიანებში. 3. იმისათვის, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მარეგულირებელი ნორმებისა და ადვოკატირების პროცედურები სწორად წარიმართოს, რეკომენდებულია საზოგადოებაში ვაქცინაციის მიმართ დამოკიდებულების რეგულარული მონიტორინგი (Betsch & Böhm, 2016) (15).

კვლევის თანახმად (Whittington, Kempe, Dempsey, Herlihy, & Campbell, 2017), ამერიკის იმ შტატებში, სადაც არასამედიცინო მიზეზით გამონაკლისი მარტივად დაიშვება, წითელას აფეთქების შემთხვევები 140-190%-ით მეტია იმ შტატებთან შედარებით, სადაც ვაქცინაციის გამონაკლისების საშუალო ან მაღალი სირთულის პოლიტიკა აქვთ. დაავადების აფეთქებების მასშტაბი დაახლოებით 50%-ით მცირდება ამ პოლიტიკის გამკაცრების შედეგად, რაც ასევე აისახება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის სისტემის და ინდივიდების ხარჯების მნიშვნელოვანი შემცირებით (16).

იმუნიზაციიდან გამონაკლისების პოლიტიკის გამკაცრება ხელს უწყობს ინდივიდუალური და თემის დაავადებების რისკების შემცირებას. ამერიკაში განხორციელებულმა კვლევამ (Wells & Omer, 2012) შეაფასა შტატის კანონმდებლობით

პერსონალური მიზეზით იმუნიზაციაზე უარის დაშვების პოლიტიკის გავლენა ვაქცინით პრევენცირებადი დაავადების ხარჯებზე შემდგომი გადაწყვეტილებებისათვის მტკიცებულებების გამოსავლენად. აიოვას შტატის მაგალითზე, კვლევამ უჩვენა, რომ ყივანახველას ვაქცინაციიდან პირადი მიზეზით გამორიცხვის დაშვება გამოიწვევდა 50%-ით მეტ დანახარჯს (17).

უკანასკნელ პერიოდში, ამერიკის შტატების ნაწილი ფოკუსირებულია არასამედიცინო ჩვენებით ვაქცინაციიდან გათავისუფლების შესაძლებლობების შემცირებისა და მშობლისათვის ამ პროცესის გართულებისაკენ. ამასთან, აღინიშნება მშობელთა მიერ არასამედიცინო ჩვენებით ვაქცინაციიდან გათავისუფლების მოთხოვნის ზრდის ტენდენცია. ბოლო დროს, მოიმატა ვაქცინაციაზე უარის გამწვანებლების მიმართ ფინანსური პასუხისმგებლობის დაკისრების სტრატეგიის მომხრეთა რიცხვმა. მათი აზრით ეს უფრო ეფექტური და ეთიკურად გამართლებული მიდგომაა, ვიდრე სკოლაში შესვლის აკრძალვა. ამ კუთხით ცვლილებები შეიძლება აისახოს საგადასახადო კოდექსში, ჯანმრთელობის დაზღვევასა და კერძო სკოლების დაფინანსების პროგრამებში. ბოლოდროინდელი კვლევებით უპირატესობა ენიჭება ფინანსური სანქციებისა და განათლების აქტივობების ინტეგრირებულ სტრატეგიას. (Constable, Blank, & Caplan, 2014), (Suppli, Rasmussen, Valentiner-Branth, Mølbak, & Krause, 2017) (12)

ქვეყნების გამოცდილება

საფრანგეთი

უკანასკნელ წლებში, ევროპის რიგმა ქვეყნებმა, იმუნიზაციის მიმართ საკანონმდებლო ღონისძიებების გატარებამდე, განახორციელა მოსახლეობასთან კონსულტაციები და კვლევები რომ შეესწავლათ ხალხის მოსალოდნელი რეაგირება საკანონმდებლო ცვლილებებზე, გამოევლინათ შესაძლო პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები. საფრანგეთი ამის კარგი მაგალითია.

კონსულტაციების ჩასატარებლად, ქვეყანაში შედგენილი იქნა სამთავრობო კომიტეტი, რომლის იდეის თანახმად, „იმუნიზაცია საკუთარი წარმატების მსხვერპლი გახდა“ - ხალხი ვერ ხედავს ვაქცინაციის საჭიროებას ვაქცინით პრევენცირებადი დაავადებების რეალობის გათვალისწინებით; ზოგი თვლის, რომ იმუნიზაციის რისკი და არასასურველი შედეგები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მისი სარგებელი, რასაც ამლიერებს ანტი-ვაქცინაციის კამპანიები. კონსულტაციების შედეგად, კომიტეტმა გასცა რეკომენდაცია, რომ სავალდებულო ვაქცინების რაოდენობა დროებით გაზრდილიყო. ამავე დროს, კომიტეტმა ხაზი გაუსვა, რომ საჭირო იქნებოდა დამატებითი ზომების მიღება იმუნიზაციით მოცვის გაზრდისა და ვაქცინებისადმი ნდობის აღსადგენად. კომიტეტის რეკომენდაციით, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევას დაეკისრა ვაქცინების შესყიდვის მთლიანად დაფარვა; შემოღებული უნდა იქნას საკომპენსაციო სქემა, რომელიც დაფარავს არასასურველი შედეგების ხარჯს

რამდენადაც ვაქცინებს სავალდებულო სტატუსი ექნება; სავალდებულო ვაქცინების მარაგი უნდა იყოს გარანტირებული. მთავრობამ გამოიყენა ეს რეკომენდაციები იმისათვის, რომ შემოეღო კანონპროექტი სავალდებულო ვაქცინების რაოდენობის გასაზრდელად და იმუნიზაციიდან გამორიცხვის პოლიტიკის გასამკაცრებლად. საკანონმდებლო ცვლილებები მიმართული იყო ქვეყანაში არსებული პრობლემების, კერძოდ იმუნიზაციის შემცირებული მოცვის, მოსახლეობაში ვაქცინაციისადმი გაზრდილი რეზისტენტობის, ასევე ვაქცინების ადმინისტრირების რთული პროცედურებისა და იმუნიზაციის ხელმისაწვდომობის ბარიერებისადმი.

ცვლილებებამდე სავალდებულო იყო 3 ვაქცინა (diphtheria, tetanus, polio) ხოლო ვაქცინაციის პოლიტიკის შეცვლის შემდეგ სავალდებულო გახდა 11 ვაქცინა (diphtheria, tetanus, polio, pertussis, measles, mumps, rubella, hepatitis B, Haemophilus influenza bacteria (flu), pneumococcus, meningococcus C). 2018 წლიდან ვაქცინაციის გარეშე ბავშვი არ დაიშვება ბაღში, სკოლაში, ბანაკებში და სხვა სახელმწიფო და კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში (2). ვაქცინაციიდან გათავისუფლება დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით (2). იმუნიზაციისგან თავის არიდებაზე შემოღებულია სანქციები, კერძოდ 2 წლით პატიმრობა ან 30,000 ევროს ოდენობის ჯარიმა. მოთხოვნის აღსრულების მონიტორინგი იგეგმება 2019 წლის ივნისიდან.

იტალია

იტალიაში 2017 წლამდე სავალდებულო იყო ვაქცინაცია მხოლოდ 4 დაავადებაზე, თუმცა ბოლოდროინდელი წითელას აფეთქებების შემდეგ ქვეყანამ მკვეთრად შეცვალა იმუნიზაციის პოლიტიკა. სავალდებულო გახდა რუტინული ვაქცინაცია 12 ანტიგენზე, რაც ევროპის მასშტაბით მოცული სავალდებულო ვაქცინების ყველაზე დიდი რაოდენობაა (Polio, diphtheria, tetanus, hepatitis B, haemophilus influenzae B, meningitis B, meningitis C, measles, mumps, rubella, whooping cough, chickenpox). საკანონმდებლო ცვლილებების მიხედვით, აუცრელი ბავშვებისათვის დაწესდა შეზღუდვა ბაღში, სკოლაში და სხვა, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში. ვაქცინაციაზე უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით. ექიმებსა და ექთნებს, რომლებიც ვერ ასრულებენ იმუნიზაციის მოთხოვნებს, ეკისრებათ ჯარიმა ან შეზღუდვები დამქირავებელთან კონტრაქტის ფარგლებში. მშობლებს, რომლებიც უარს აცხადებენ აცრაზე არასამედიცინო მიზეზით, ასევე ეკისრებათ მოზრდილი ჯარიმა.

გერმანია

გერმანიაში ვაქცინაციის სერვისის 90% იფარება სადაზღვევო სქემით და ხორციელდება კერძო სერვისის მიმწოდებელთა მიერ. იმუნიზაციის სერვისების 10% მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კლინიკებში, სკოლებში და დღის ცენტრებში ადგილობრივი პროგრამებით. გერმანიაში 2015 წლიდან მშობელი ვალდებულია საბავშვო ბაღსა და სკოლაში წარადგინოს ბავშვის აცრის შესახებ ინფორმაცია. აუცრელობა არ წარმოადგენს საბავშვო ბაღისა და სკოლის მიერ ბავშვის მიღებაზე უარის გაცხადების მიზეზს, თუმცა აუცრელი ბავშვის შესახებ საგანმანათლებლო დაწესებულებას ეკისრება გვალდებულება აცნობოს ჯანდაცვის სამსახურებს, რომლებსაც თავის მხრივ უფლება აქვთ მოითხოვონ ბავშვის გარიცხვა. სკოლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, სახელმწიფო აჯარიმებს აუცრელი ბავშვის ოჯახს. არსებული პოლიტიკით, მშობელს უფლება აქვს უარი თქვას აცრაზე, თუმცა ეს გამოიწვევს მის დაჯარიმებას 2500 ევროს ოდენობით (გამონაკლისია სამედიცინო მიზეზი).

სლოვენია

სლოვენია გამოირჩევა იმუნიზაციის აგრესიული მანდატორული პოლიტიკით. სავალდებულოა 9 ვაქცინა (Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus). იმუნიზაცია მოითხოვება სკოლებში და საბავშვო ბაღებში, უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით. ქვეყანაში რეგულირებულია და მკაცრად კონტროლდება სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან იმუნიზაციის შესრულება და საგანმანათლებლო დაწესებულებების მხრიდან აცრებზე მოთხოვნა.

რუმინეთი

რუმინეთში წითელას მასშტაბური აფეთქებისა და ლეტალური შემთხვევების შემდეგ გამკაცრდა იმუნიზაციის პოლიტიკა. სავალდებულოა 8 ვაქცინა (Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB). ამასთან ახალი კანონმდებლობით აუცრელი ბავშვების მშობლებზე ვრცელდება ჯარიმა.

დიდი ბრიტანეთი

ბრიტანეთი იყო პირველი სახელმწიფო, რომელმაც დანერგა მანდატორული იმუნიზაცია წინა საუკუნეში, თუმცა მოცვის სასურველი მაჩვენებლების მიღწევის შემდეგ გააუქმა და დღეს ქვეყანაში ვაქცინაცია მთლიანად ნებაყოფლობითია. ბრიტანეთში იმუნიზაციის მაღალ მოცვას უზრუნველყოფს რიგი მხარდამჭერი სტრატეგიები, რომლებიც ორიენტირებულია კომპლექსურ მიდგომებსა და მულტისექტორულ თანამშრომლობაზე. ბრიტანეთი წარმატებით იყენებს სკოლაში ვაქცინაციას მოზარდებში იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად, რაც

განსაკუთრებით წარმატებული აღმოჩნდა HPV-ვაქცინის დანერგვისათვის. ვაქცინაციის პროცესში აქტიურად არიან ჩართულები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნები, მათ მიერ ხდება ვაქცინების სრულად ადმინისტრირება. ბრიტანეთი გამოირჩევა ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგიით. იგი ასევე წარმატებით იყენებს შედეგებზე დაფუძნებულ დაფინანსებას, რომელიც რეგულირდება ოჯახის ექიმებთან გაფორმებული კონტრაქტით. ვაქცინაციის ადვოკატირებისათვის სახელმწიფო აქტიურად თანამშრომლობს პროფესიულ და საქველმოქმედო ორგანიზაციებთან.

სკანდინავიის ქვეყნები

სკანდინავიის ქვეყნებში (ნორვეგია, შვედეთი, ფინეთი, დანია) ვაქცინაცია ნებაყოფლობითია, არცერთი ვაქცინა არ ითვლება სავალდებულოდ. რეგიონი გამოირჩევა იმუნიზაციის განსაკუთრებულად მაღალი მოცვით. მაგალითად, ფინეთში ეროვნული მოცვის მაჩვენებელი 99%-ს შეადგენს. აღნიშნული მნიშვნელოვანწილად აიხსნება საზოგადოებაში ვაქცინაციისადმი გაცნობიერებული დამოკიდებულებით და იმ ფაქტით, რომ ამ ქვეყნებში საზოგადოება იმუნიზაციას სოციალურ ნორმად აღიქვამს, ძლიერია პირველადი ჯანდაცვის პატრონაჟის სისტემა და ექიმებისა და ექთნების ჩართულობა. თითოეული ქვეყანა აქტიურად იყენებს ვაქცინაციის მხარდამჭერ სტრატეგიებს. ნორვეგიაში ინტეგრირებულია მოზარდთა ჯანმრთელობის პროგრამა - „ვაქცინაცია და ინფორმირება სკოლაში“.

შვედეთში აქტიურად გამოიყენება სკოლებში ორგანიზებული ვაქცინაცია იმუნიზაციის კამპანიებისას, მაგალითად HPV კამპანიისას.

ფინეთში ინტეგრირებულია იმუნიზაციისა და ჯანმრთელობის პრევენციული ვიზიტების სერვისები (6-9 სავალდებულო ვიზიტი წელიწადში ბავშვებისათვის). რეგულაციები ავალდებულებს სერვისის მიმწოდებელს საკონსულტაციო ვიზიტებისას უზრუნველყოს მშობლის ინფორმირება ვაქცინაციის შესახებ.

ფინეთმა უკანასკნელ პერიოდში წითელას აფეთქებებზე რეაგირების მიზნით შემოიღო ვალდებულება ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის და მანდატორული გახადა ჯანდაცვის მუშაკების ვაქცინაცია წითელაზე, ჩუტყვავილაზე, ყივანახველასა და გრიპზე დაწესებულების შიდა ინფექციების პრევენციის მიზნით.

დანიაში ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინა დაგეგმილი ვაქცინაციის შესახებ მშობლის წერილობითი შეტყობინების დადებითი ეფექტი იმუნიზაციით მოცვაზე.

ევროპის სხვა ქვეყნები

უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოლანდიას ჰქონდა სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების მცდელობა, თუმცა საკანონმდებლო აქტის განხილვისას მოსახლეობამ ინიციატივას მხარი არ დაუჭირა.

ბელგიაში ზოგადად ნებაყოფლობითია ვაქცინაცია, სავალდებულოა მხოლოდ პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო აცრა. იმუნიზაციის პოლიტიკის განხორციელებაში აქტიურად არის ჩართული სკოლა. სკოლის ჯანმრთელობის სისტემა სკოლის ექიმის საშუალებით აწვდის პრევენციულ კონსულტაციებს და სთავაზობს ვაქცინაციის სერვისს სკოლის ბავშვებს, სადაც ვაქცინაციას იტარებს სკოლის ასაკის ბავშვების 60-80%. ბელგიაში იმუნიზაციის პროგრამა იმართება რეგიონების/მხარეების დონეზე. რუტინული ვაქცინები უფასოა, ვაქცინა გაიცემა ექიმის რეცეპტის საფუძველზე. იმუნიზაციის სერვისი უფასოა მხოლოდ პედიატრიულ კლინიკებში (well baby clinics), სხვა დაწესებულებებში - ფასიანი.

პორტუგალიაში იმუნიზაცია ნებაყოფლობითია, სავალდებულოა მხოლოდ ორი ვაქცინა (Diphtheria, Polio). ზოგადად მაღალია ვაქცინისადმი მოსახლეობის ცნობიერება და ნდობა. ყველა ვაქცინა იმართება სახელმწიფოს მიერ, ბაზარზე არ არის კომერციული ვაქცინები. იმუნიზაციის სერვისი ძირითადად მიეწოდება ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრების მიერ, გარდა ზოგიერთი გამონაკლისისა (მაგალითად, ახალშობილების ვაქცინაცია სამშობიაროში). მიუხედავად ნებაყოფლობითი ვაქცინაციისა, სკოლაში მიღბისას მოითხოვება და მკაცრად კონტროლდება ვაქცინაციის ცნობა. ვაქცინაციის სტატუსის კონტროლი გრძელდება სკოლაში სწავლის მთლიანი პერიოდის განმავლობაში. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება ხორციელდება გეოგრაფიული არეალის პრინციპით, თუმცა ვაქცინაცია შესაძლებელია სერვისის ნებისმიერ მიმწოდებელთან, რომელიც აღრიცხვაზე არმყოფ პაციენტს უხნის ახალ ანკეტას, თუმცა აცრას არ ითვალისწინებს საკუთარ სტატისტიკაში და აცრაზე ინფორმაციას უგზავნის კლინიკას, სადაც პაციენტი აღრიცხვაზე იმყოფება. რეგულაციის თანახმად, სერვისის მიმწოდებლებს მოეთხოვებათ პატრონაჟის უზრუნველყოფა.

ესპანეთში იმუნიზაციის პროგრამა იფარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს მოეთხოვებათ პატრონაჟის უზრუნველყოფა, ხოლო ადგილობრივი მთავრობა ფარავს მიგრანტების ხარჯებს.

ამერიკის შეერთებული შტატები

ისევე როგორც კანადის სამი პროვინცია, ამერიკის შეერთებული შტატების სამი შტატი ითხოვს სკოლაში შესვლისათვის სავალდებულო ვაქცინაციას. ამერიკელი ბავშვების უმრავლესობა ვაქცინირებულია, თუმცა მანდატორული ვაქცინაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს იმ კონტინგენტის მოცვაში (დაახლოებით 10%),

რომლებიც სხვა შემთხვევაში დაუდევრობის მიზეზით არ მიმართავდნენ ვაქცინაციას. (13)

ამერიკის სამეცნიერო წრეები და პროფესიული ასოციაციები ბოლო დროს უფრო აქტიურად მოუწოდებენ ვაქცინაციიდან რელიგიური და პერსონალური მიზეზით გამორიცხვის აკრძალვისაკენ. ზოგი მოსაზრებით, მიზანშეწონილია საჩივარი ან კრიმინალური სასჯელის აღმკვეთი იმ მშობლის წინააღმდეგ, რომლებიც დაუსაბუთებლად არიდებენ თავს ბავშვის ვაქცინაციას. არის შემთხვევები, როდესაც პედიატრები ირჩევენ პაციენტებს აცრების სტატუსის მიხედვით და არ მკურნალობენ აუცრელ ბავშვებს იმ მიზეზით, რომ მათ ოფისში არ მოხდეს სხვა პაციენტების დაინფიცირება (10).

კვლევამ, რომელიც მიზნად ისახავდა არავაქცინირებული, არასრულად ვაქცინირებული და სრულად ვაქცინირებული ბავშვების შედარებას, გამოავლინა შემდეგი მტკიცებულებები: არასრულად ვაქცინირებული ბავშვების მშობლები ძირითადად არიან ღარიბი, ნაკლებად განათლებული და უმეტესად უმცირესობებს მიეკუთვნებიან; (Leggiadro, 2009) (14) არასრულად ვაქცინირებული ბავშვები მოსალოდნელია, რომ აიცრებიან სკოლაში ან სკოლამდელ დაწესებულებაში შესვლისას, როდესაც მათ მოეთხოვებათ სავალდებულო ვაქცინაცია, რაც საბოლოო ჯამში იმოქმედებს არასრული ვაქცინაციის კონტინგენტის რიცხვზე. (Leggiadro, 2009) (14). ხოლო არავაქცინირებული ბავშვების მშობლების შემთხვევაში პრობლემა უფრო მეტად ფრუსტრირებაა, ვიდრე დაუდევრობა. ისინი წარმოადგენენ განათლებული და ეკონომიკურად შეძლებული ოჯახების კატეგორიას, ხშირ შემთხვევაში არიან 30 წელს ზემოთ ასაკის და ჰყავთ 4-ზე მეტი შვილი. რატომ ტოვებენ მშობლები შვილებს აუცრელს? რელიგიური მოსაზრებები არის უპირობო მიზეზი. ლიოალური პოლიტიკის არსებობის შემთხვევაშიც, რამდენადაც აუცრელი ბავშვები წარმოადგენენ რისკს სხვა ბავშვებისათვის, გამართლებული იქნება მათი სკოლაში დაშვების შეზღუდვა დაავადებათა აფეთქების დროს (Leggiadro, 2009) (14). არსებობს მოსაზრება, რომ ამერიკაში სკოლაში სწავლის შეზღუდვა სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით ნაკლებად მწვავედ გამოიყურება, რამდენადაც რამდენიმე ასეული ათასი ბავშვი სწავლას ისედაც სახლში იღებს (Leggiadro, 2009) (14).

არავაქცინირებული ბავშვების მშობლებს, ვაქცინირებული ბავშვების მშობლებზე უფრო მეტად შეჰქონდათ ეჭვი ვაქცინების უსაფრთხოებაში და ნაკლებად სჯეროდათ ვაქცინების ეფექტურობის. დასახელებულ მიზეზებს შორის ასევე იყო მთავრობის უნდობლობა, რწმენა იმისა, რომ მათი შვილები არ იყვნენ დიდი რისკის ქვეშ და რომ ვაქცინით პრევენციურებადი დაავადებები არ იყო მძიმე. ზოგიერთი მშობელი ეწინააღმდეგებოდა ვაქცინაციას იმიტომ, რომ აშინებდა იმუნური სისტემის გადატვირთვა. ხოლო ზოგიერთის რეზისტენტობა

უკავშირდებოდა პროტესტს ვაქცინის დამზადების თავისებურებისა და პროცესის მიმართ. მშობლების ნაწილი სელექტიური იყო ვაქცინების უარყოფისას და უფრო ხშირად უარს ამბობდნენ ჩუტყვავილას აცრაზე ეყრდნობოვნენ რა ინფორმაციის ალტერნატიულ, ნაკლებად სანდო წყაროებს. სხვები უბრალოდ მიმართავდნენ ალტერნატიული მედიცინის არჩევანს. კვლევამ გამოავლინა, რომ მშობელთა უმეტესობა მიმართავს ინფორმაციისათვის სხვადასხვა წყაროს, თუმცა გადაწყვეტილებას ძირითადად იღებს პედიატრების რეკომენდაციაზე დაყრდნობით. (Leggiadro, 2009) (14)

ამერიკაში იმუნიზაციის სავალდებულობა განისაზღვრება ფედერალური კანონმდებლობით, რომლის თანახმად ვაქცინაცია ყველა შტატში სავალდებულოა. იმუნიზაცია მოითხოვება სკოლასა და ბაღში დაშვებისთვის, ამასთან სასწავლო დაწესებულება აწარმოებს მონიტორინგს და პერიოდულად ითხოვს იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ განახლებულ ცნობას. თუმცა შტატების მიხედვით განსხვავებულია ვაქცინაციისგან გამორიცხვის პოლიტიკა (სამედიცინო, რელიგიური და/ან ფილოსოფიური მიზეზებით). ზოგი შტატი ითხოვს რელიგიური წევრობის დამადასტურებელ საბუთს. აუცრელ ბავშვებს აქვთ სახლში განათლების მიღების უფლება, რაც კანონმდებლობით აღიარებულია. უკანასკნელ პერიოდში მომხდარი წითელას აფეთქებების ფონზე გაიზარდა შტატების რიცხვი, სადაც ვაქცინაციისგან გათავისუფლება მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით ხდება. ამას მოყვა საპროტესტო რეაქცია მოსახლეობაში და აღძრული იქნა სასამართლოში საჩივარი კალიფორნიაში აღნიშნული აკრძალვის გაუქმების შესახებ. სასამართლომ არ გაითვალისწინა მოთხოვნა და ალაში დატოვა მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით უარის რეგულაცია. (4)

კანადა

კანადაში იმუნიზაციით მოცვა მაღალია, სრულად ვაქცინირებულთა რაოდენობა 85%-ს აჭარბებს და დაბალია ვაქცინებისადმი უნდობლობა (2%-ზე ნაკლები). ქვეყანაში არ არსებობს იმუნიზაციით მოცვს ეროვნული რეგისტრი და მოცვის შესაფასებლად ტარდება კვლევები (4). იმუნიზაციით მოცვის წარმატებას ხელს უწყობს ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა პატრონაჟის სერვისებით. კანადაში ვაქცინაცია ნებაყოფლობითია, მხოლოდ 3 შტატშია სავალდებულო. 2 შტატში: diphtheria, tetanus, polio, measles, mumps, and rubella immunization, ხოლო 1 შტატში - measles. (3) აუცრელ ბავშვს ეკრძალება სკოლაში შესვლა. დაშვებულია უარი სამედიცინო, რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრების მიზეზებით.

ავსტრალია

ავსტრალიაში 2017 წლიდან იმუნიზაცია სავალდებულოა. იმუნიზაციით მაღალია მოცვა, 1-2% არის უარები. აუცრელ ბავშვს ეკრძალება საბავშვო ბაღსა და ბაგაში

შესვლა (3). აუცრელი ბავშვის ოჯახს ეზღუდება სოციალური დახმარება - კერძოდ ბავშვის მოვლის დახმარებას - \$11000 (2016 წლიდან) (3). 2016 წლიდან აღარ არის რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრებით გამოწვევები. სკოლა მონაწილეობს აცრების მონიტორინგში, სკოლაში შესვლისას მოითხოვება იმუნიზაციის შესახებ ცნობა.

წარსულში, ექიმებზე მოქმედებდა შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, რამაც ხელი შეუწყო ექიმების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას იმუნიზაციაში (4). აღნიშნული პოლიტიკის დადებითი შედეგები დღემდე გრძელდება და ხელს უწყობს იმუნიზაციის პროგრამის წარმატებას.

დასკვნა

ევროპის იმ ქვეყნებში, სადაც ვაქცინაცია ნებაყოფლობითად არის აღიარებული, მაგრამ მოცვა მაღალია, უმეტეს შემთხვევაში სკოლასა და სკოლამდელ დაწესებულებაში შესვლისას მოითხოვება იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ ცნობა. ამასთან, არსებობს საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და ჯანდაცვის სტრუქტურებს შორის აქტიური თანამშრომლობის პრაქტიკა, ჯანდაცვისა და განათლების ინტეგრირებული, მათ შორის მოზარდებზე მორგებული პროგრამები. ხშირ შემთხვევებში, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ხორციელდება ვაქცინაცია. განვითარებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, პატრონაჟის სერვისები და გამართულია მონიტორინგის პროცესები.

სავალდებულო ვაქცინაცია, ძირითადად შენარჩუნებულია ევროპის პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში და უმეტესად გულისხმობს სკოლებსა და ბაღებში მისაღებად სავალდებულო ვაქცინებით აცრით მოთხოვნას. თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები მანდატორული სქემების პრაქტიკაში აღსრულებადობის შესახებ. არ მოიპოვება ინფორმაცია იმ შემთხვევებზე, როცა აუცრელობის გამო ბავშვებს უარი ეთქვათ სკოლაში მიღებაზე, ან ასეთის არსებობისას რა ალტერნატიული მექანიზმი იქნა გამოყენებული ბავშვების განათლების მისაღებად.

ბოლოდროინდელი კვლევებით გამოიკვეთა, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის აღსრულების შესახებ სკოლებში მიღების აკრძალვაზე მეტად მისაღებია ფინანსური სანქციების დაწესება, რაც ითვლება, რომ ნაკლებად ეწინააღმდეგება ეთიკის პრინციპებს და პრაქტიკაში მეტად განხორციელებადია. საგულისხმოა, რომ ფინანსური სანქციები ინტეგრირებულია იტალიის, გერმანიის, საფრანგეთისა და რუმინეთის ბოლოდროინდელ საკანონმდებლო ცვლილებებში.

წყაროები:

- (1) <http://www.dw.com/en/germany-moves-to-improve-child-vaccination-rate/a-39004792>
- (2) <https://www.efe.com/efe/english/technology/france-makes-11-child-vaccines-compulsory-no-school/50000267-3480979>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18302949>
- (3) <https://www.scienceaf.com/10-countries-where-you-have-to-vaccinate-your-children>
- (4) <https://edition.cnn.com/2017/06/06/health/vaccine-uptake-incentives/index.html>
- (5) Belgium, country profile. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2016 global summary
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
Government Decree 338 (2011) on maternity and child health clinic services, school and student health services and preventive oral health services for children and youth. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2011/en20110338.pdf>.
- (6) Latvia, country profile. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2016 global summary. Available at
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
Epidemiological Safety Law (1997). Latvia: Saeima (national parliament) President.
http://venice.cineca.org/documents/latvia_ip.pdf
- (7) <http://www.bbc.com/news/world-europe-40056680>
- (8) http://venice.cineca.org/documents/belgium_ip.pdf
- (9) <https://www.vaccinestoday.eu/stories/mandatory-vaccination-work-europe/>
- (10) <https://newrepublic.com/article/120951/voluntary-vaccines-work-europe-wouldnt-work-us>
- (11) <https://www.healio.com/pediatrics/vaccine-preventable-diseases/news/online/%7B46e3e6b1-506d-416d-ba96-89d985b70db7%7D/expert-opinions-on-measles-specific-vaccine-exemptions-vary-widely>
- (12) SuppRaney, J. J., Watkins, M., Ryman, T. K., Sandhu, P., Bo, A., & Banerjee, K. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: Findings from a systematic review of the published literature, 1999-2009. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.08.096>
- (13) <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/esm.10.05.00539-en>
- (14) <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149857>
- (15) Betsch, C., & Böhm, R. (2016). Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: Experimental evidence. *European Journal of Public Health*, 26(3), 378–381. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv154>
- (16) Whittington, M. D., Kempe, A., Dempsey, A., Herlihy, R., & Campbell, J. D. (2017). Impact of Nonmedical Vaccine Exemption Policies on the Health and Economic Burden of Measles. *Academic Pediatrics*, 17(5), 571–576.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.001>

- (17) Wells, K. B., & Omer, S. B. (2012). The financial impact of a state adopting a personal/philosophical belief exemption policy: Modeling the cost of pertussis disease in infants, children and adolescents. *Vaccine*, 30(41), 5901–5904.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.07.047>