

ՁԵԿՈՒՅՑ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԽԹԱՆՈՒՄ՝
ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՆՎԱԶԵՑՆԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ

Հեղինակ՝ Քրիստին Սյորենսեն

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԽԹԱՆՈՒՄ՝
ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՆՎԱԶԵՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Հեղինակ՝ Քրիստին Սյորենսեն

Դանիայի առողջապահական գրագիտության գլխավոր ակադեմիա

Եվրոպայի խորհուրդ

**Առողջապահական գրագիտության և մարդու
իրավունքների խթանում՝ խարանավորումը և
խտրականությունը նվազեցնելու համար**

Սույն աշխատության մեջ արտահայտված
կարծիքները հեղինակի պատասխանատվությունն
են և կարող են չարտահայտել Եվրոպայի խորհրդի
պաշտոնական քաղաքականությունը:

Լեզվական խմբագրման և բնակչության ութ
խմբերում խարանավորման և խտրականության
առնչությամբ առողջապահական գրագիտության և
մարդու իրավունքների վերաբերյալ վերլուծությանն
աջակցելու համար օգտագործվել է «Perplexity» ԱԲ
ծրագիրը:

Հատվածների (մինչև 500 բառից բաղկացած)
վերարտադրությունը թույլատրվում է՝
բացառությամբ առևտրային նպատակներով
վերարտադրության, քանի դեռ պահպանվում է
տեքստի ամբողջականությունը, հատվածը չի
օգտագործվում համատեքստից դուրս, չի
տրամադրում թերի տեղեկություններ կամ այլ
կերպ չի մոլորեցնում ընթերցողին՝ տեքստի
բնույթի, գործածության շրջանակի կամ
բովանդակության առումով: Բնագրի տեքստը
պարտադիր պետք է նշվի հետևյալ կերպ՝ «©
Եվրոպայի խորհուրդ, հրապարակման տարեթիվ»:
Սույն փաստաթղթի ամբողջական կամ մասնակի
վերարտադրության կամ թարգմանության հետ
կապված բոլոր հարցումները պետք է հասցեագրել

Եվրոպայի խորհրդի հրապարակումների և
կորպորատիվ ոճի հարցերով բաժին (F-67075

Ստրասբուրգ Սեդեքս):

Սույն փաստաթղթի հետ կապված ցանկացած այլ
նամակագրություն պետք է հասցեագրել Մարդու
իրավունքների և օրենքի գերակայության
հարցերով գլխավոր տնօրինությանը:

Էլ. փոստ՝ DGI-CDBIO@coe.int

Սույն հրապարակումը տպագրական և
քերականական սխալներն ուղղելու նպատակով չի
սրբագրվել ՀԿՈԲ խմբագրական բաժնի կողմից:

© Եվրոպայի խորհուրդ, 2026 թվականի մարտ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՓՈՓ ՆԿԱՐԱԳԻՐ	7
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	9
ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿԸ	11
ՍՈՒՅՆ ԶԵԿՈՒՅՑՈՒՄ ԿԻՐԱՌՎԱԾ ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ	11
ԻՆՉՈՒ Է ԴԱ ԿԱՐԵՎՈՐՎՈՒՄ ՀԻՄԱ	12
ԽՆԴԻ ԼՐՁՈՒԹՅՈՒՆԸ	13
ԱԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ	14
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	14
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԽՈՏԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ	16
ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	19
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ	20
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	20
ԽԹԱՆՈՂ ԵՎ ՆՊԱՍՏՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ՈՒՂՂՈՒԹՅԱՄԲ ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ	20
ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԱՑՈՒՄԸ	21
ՀԱՍՄԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ, ՓՈԽԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲԱՐԵԼԱԿՈՒՄԸ	22
ՓՈԽԿԱՊԱԿՑՎԱԾ ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԴԵՊՔԵՐԻ ՎԵՐԱՑՈՒՄԸ ԲԱԶՄԱՍՏԻՃԱՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ	22
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՈՒԹ ԴԻՐՔՈՐՈՇՈՒՄ	24
ԳՆՉՈՒԿԱՆ ՌՈՄԱ, ՍԻՆԹԻ ԵՎ ԻՌԼԱՆԴԱԿԱՆ ԳՆՉՈՒՆԵՐԻ ՀԱՄԱՅՔՆԵՐԸ	24
ԱՆՕԹԵՎԱՆ ՄՆԱՑԱԾ ԱՆՁԻՆՔ	25
ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆՔ	26
ՄԻԳՐԱՆՏՆԵՐ (ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ՝ ՓԱԽՍՏԱԿԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱՊԱՍՏԱՆ ՀԱՅՑՈՂՆԵՐ)	26
ԼԳՔՏԻ+ ԱՆՁԻՆՔ	27
ԱՆԱԶԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ ՊԱՀՎՈՂ ԱՆՁԻՆՔ	28
ՏԱՐԵՑՆԵՐ	28
ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՆԵՐ	29
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՀԱՎԱՍԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՇՎԵՏԿՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀԱՅԻՆ ԶԱՐՏԵԶ	30

ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՈՒԺ ՈՒՆԵՑՈՂ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄԸ	30
ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԻՐԱԳՈՐԾՈՒՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ	30
ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՆՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ՆԱԽԱԶԵՌՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	31
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԵՐԱՓՈԽՈՒՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱՆԿՅՈՒՆԻՑ ԳՐԱԳԵՏ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ	33
ՄԻՋՈՒՈՐՏԱՅԻՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ	33
ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԱԶԱՅԻ ԵՎ ՀԱՇՎԵՏՎՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱՎՈՐՈՒՄ	33
ԹՎԱՅԻՆ ԱՆՀԱՎԱՍԱՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱՑՈՒՄ	34
ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԱՅԵՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՈՒՄ	34
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ. ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ԴԵՊԻ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ	35
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	36

Եվրոպայում առողջապահական գրագիտությունը սահմանափակվում է այն փաստով, որ բնակչության զգալի մասը, որը հաճախ չափահասների մոտ մեկ երրորդից մինչև գրեթե կեսն է, ունի առողջությանն առնչվող մատչելի տեղեկությունները ստանալու, դրանք ըմբռնելու, գնահատելու և կիրառելու սահմանափակ կարողություն, որն էլ իր հերթին բացասաբար է անդրադառնում ինքնախնամքի, առողջապահության, հիվանդության կանխարգելման և առողջության խթանման արդյունավետության վրա:

Առողջապահական գրագիտության այս խնդիրը հավասարաչափ չի դրսևորվում. այն առավելապես հանդիպում է ֆինանսական խնդիրներ, կրթության ցածր մակարդակ, բարձր տարիք ունեցող խմբերում, ինչպես նաև ներգաղթյալների կամ փոքրամասնությունների շրջանում՝ արտացոլելով զգալի սոցիալական գրադիենտը, որը խորացնում է առողջապահության ոլորտում առկա անհավասարությունները: Ավելին, առողջության վերաբերյալ խրթին տեղեկությունները, բժշկական տերմինաբանությունը և արագ ընդլայնվող թվային ուղիները հաճախ գերազանցում են մարդկանց հմտությունները՝ դժվարացնելով ծառայությունների ընտրությունը, առցանց բովանդակության գնահատումը և մասնագետների հետ համատեղ որոշումների կայացման գործընթացին մասնակցությունը:

Առողջապահական գրագիտությունը ոչ թե պարզապես հանրային առողջապահական խնդիր է, այլ մարդու հիմնարար իրավունքների առաջնահերթություն, քանի որ դա այնպիսի բաց է, որն անհամաչափորեն է ազդում խոցելի իրավիճակում գտնվող մարդկանց վրա և խախտում է նրանց՝ Վերանայված եվրոպական սոցիալական խարտիայով (11-րդ հոդված), Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայով (2-րդ, 3-րդ, 8-րդ հոդվածներ) և «Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին» Օվիեդոյի կոնվենցիայով ամրագրված առողջության պաշտպանության իրավունքը: Վերանայված եվրոպական սոցիալական խարտիայով սահմանվում է առողջության պաշտպանության ուղղակի իրավունքը: Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայով առողջությունը պաշտպանվում է անուղղակիորեն՝ այնպիսի հիմնարար իրավունքներով, ինչպիսիք են կյանքի, արժանապատվության և անձնական կյանքի իրավունքները, իսկ Օվիեդոյի կոնվենցիայով ապահովվում է բժշկության և կենսաբժշկության ոլորտների՝ էթիկայի նորմերին համապատասխան և մարդու իրավունքների վրա հիմնված կառավարումը:

Խարանավորումը և խտրականությունն առողջապահական գրագիտության և մարդու իրավունքների իրացման համար առաջացնում են լուրջ խոչընդոտներ, օրինակ՝ գնչուական ռոմա համայնքների, անօթևան մնացած անձանց, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, միգրանտների, ԼԳԲՏԻ+ անձանց, անազատության մեջ պահվող անձանց, տարեցների և երիտասարդների համար: Այս խոչընդոտների դրսևորումներն են լեզվական բացառումը, մշակութային առումով ոչ զգայուն առողջապահությունը, տեղեկությունների ոչ մատչելի ձևաչափերը, համակարգային խտրականությունը, ինչպես նաև ծառայություններ չտրամադրելը՝ պայմանավորված բնակարանային ապահովվածության կարգավիճակով կամ առողջության հետ կապված իրավունքների արդյունավետ իրացումը խոչընդոտող արտաքին տեսքով: ՔՈՎԻԴ-19 համավարակն ուղղակիորեն երևան բերեց այս անհավասարությունները. առողջապահական գրագիտության առավել բարձր մակարդակ ունեցող երկրներում արձանագրվել է հանրային կարգապահության և պատվաստանյութերի ընդունման առավել բարձր մակարդակ, իսկ խոցելի բնակչությունը բախվել է ավելի բարձր ռիսկերի՝ թվային անօրհասների, ապատեղեկատվության և ինստիտուցիոնալ թերությունների առկայությամբ պայմանավորված:

Սույն զեկույցը ներկայացնում է բնակչության ութ խմբերում առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակի, խարանավորման և խտրականության վերլուծություն: Եզրահանգումներն օգտագործվում են այնպիսի կառավարման օրակարգ մշակելու համար, որն ուղղված կլինի առողջապահական գրագիտության և մարդու իրավունքների խթանմանը՝ առողջապահության ոլորտում խարանավորումը և խտրականությունը նվազեցնելու նպատակով: Առաջարկվում է Եվրոպայի խորհրդի բոլոր անդամ պետություններում ձեռնարկել համակարգված գործողություններ՝ խարանավորումը վերացնելու, խոցելի բնակչության հնարավորություններն ընդլայնելու և առողջության վերաբերյալ տեղեկություններին և առողջապահական ծառայություններին հավասար մատչելիություն երաշխավորելու համար: Առողջապահական գրագիտության բացերի վերացումն առանցքային նշանակություն ունի մարդու արժանապատվությունը բարձր պահելու, առողջապահական ոլորտում առկա անհավասարությունները նվազեցնելու և Եվրոպայի խորհրդի՝ մեր հասարակության մեջ առավել խոցելի անձանց պաշտպանության մանդատն իրականացնելու համար:

Առողջապահական գրագիտությունը, որը ենթադրում է առողջության վերաբերյալ տեղեկություններին մատչելիություն ստանալու, դրանք ըմբռնելու, գնահատելու և կիրառելու կարողություն՝ իրազեկվածության և առողջության ու բարեկեցության կառավարման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով, ոչ թե պարզապես հանրային առողջապահական խնդիր է, այլ մարդու հիմնարար իրավունքների հրամայական¹: Ամբողջ Եվրոպայում բնակչության գրեթե կեսը չունի առողջապահական գրագիտության պատշաճ մակարդակ². Խնդիր, որն անհամաչափորեն է ազդում խոցելի իրավիճակում գտնվող մարդկանց վրա և խախտում է նրանց՝ Վերանայված Եվրոպական սոցիալական խարտիայով (11-րդ հոդված), Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայով (2-րդ, 3-րդ, 8-րդ հոդվածներ) և «Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին» Օվիեդոյի կոնվենցիայով ամրագրված առողջության պաշտպանության իրավունքը³⁻⁵:

Գերմանիայում անցկացված Առողջապահական գրագիտության վերաբերյալ երկրորդ ազգային հետազոտությամբ պարզվել է, որ չափահասների 58.8%-ի առողջապահական գրագիտության մակարդակը սահմանափակ է⁶: Նիդերլանդներում անցկացված՝ առողջության ապահովագրության վերաբերյալ գրագիտության մակարդակի ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ ընդհանուր առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակ ունեցող մարդիկ գրանցել են էապես ցածր արդյունքներ առողջության ապահովագրության վերաբերյալ գրագիտության առումով և օգտվել են փոքրաթիվ տեղեկատվական աղբյուրներից, ինչը վկայում է, որ բազմաթիվ քաղաքացիներ դժվարանում են քաղաքականությունների համեմատության և կարգավորվող մրցակցության համակարգում իրազեկված ընտրությունների կատարման հարցում^{6,7}:

Դանիայում ավելի քան 29,000 չափահասների մասնակցությամբ անցկացված լայնածավալ հարցմամբ պարզվել է, որ մարդկանց 8.8%-20.2%-ն առողջության վերաբերյալ գրավոր տեղեկությունները հասկանալու կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հետ ակտիվ փոխգործակցության կոնկրետ առաջադրանքները գնահատել են «բարդ» կամ «չափազանց բարդ», իսկ ամենացածր միավորները գրանցվել են ցածր եկամուտ, կրթության ցածր մակարդակ ունեցողների, միայնակ ապրողների կամ ազգությամբ ոչ դանիացիների շրջանում: Հարավային Եվրոպայում 2021 թվականին 3,500 չափահասների մասնակցությամբ անցկացված իտալական ազգային ներկայացուցչական հարցումը ցույց է տվել, որ հարցվածների մոտ 40%-ի առողջապահական գրագիտության մակարդակը բավարար չէ կամ խնդրահարույց է, իսկ այս ցածր մակարդակները սերտորեն կապված էին անբարենպաստ ֆինանսական դրության, օտարերկրյա քաղաքացիության, ծերության և անառողջ ապրելակերպի, ինչպես օրինակ՝ ֆիզիկական ակտիվության բացակայության և ծխելու հետ՝ ի ցույց դնելով սոցիալական անբարենպաստ պայմանների և վարքագծային ռիսկերի ընդհանուր ազդեցությունը⁸:

Խարանավորման և խտրականության համատեքստում առողջապահական գրագիտությունը և մարդու իրավունքները սերտորեն փոխկապակցված են¹: Կարևոր է նշել, որ առողջապահական գրագիտությունը ոչ միայն վերաբերում է մարդկանց՝ առողջության վերաբերյալ տեղեկություններն ընթերցելու և ըմբռնելու կարողությանը, այլև այն հարցին, թե արդյոք հասարակությունն ապահովում է արդար պայմաններ, որոնք յուրաքանչյուրին հնարավորություն են տալիս մատչելիություն ստանալ, ըմբռնել, գնահատել և օգտագործել

տեղեկությունները՝ իրենց առողջությունը պաշտպանելու համար: Այս պայմանների բացակայության դեպքում բեռը տեղափոխվում է անհատների վրա, իսկ արդեն իսկ խոցելի իրավիճակում գտնվող անձինք կրում են անհամաչափ վնաս^{9,10}:

Մարդու իրավունքների տեսանկյունից առողջության պաշտպանության իրավունքը պետություններից պահանջում է ապահովել, որ տեղեկությունները, ծառայությունները և համակարգերն անխտիր բոլորի համար¹¹ լինեն հասանելի, մատչելի, ընդունելի և որակյալ: Խարանավորումը և խտրականությունը բացասաբար են անդրադառնում այս գործոններից յուրաքանչյուրի վրա: Երբ, օրինակ, գնչուական ռոմա համայնքին պատկանող անձինք, անօթևանները, հաշմանդամություն ունեցող անձինք, միգրանտները, LGBSI+ անձինք, անազատության մեջ պահվող անձինք, տարեցները և երիտասարդները բժշկական հաստատություններում ենթարկվում են կարծրատիպային վերաբերմունքի, անտեսման կամ վատ վերաբերմունքի, նրանք բախվում են տեղեկատվության, հաղորդակցության և վստահության հետ կապված լրացուցիչ խոչընդոտների: Այս խոչընդոտները թույլ չեն տալիս նրանց ըմբռնել իրենց հնարավոր տարբերակները, մասնակցել որոշումների կայացմանը և դիմել ժամանակին տրամադրվող բուժօգնություն ստանալու՝ այդպիսով խոչընդոտելով առողջության պաշտպանության իրենց իրավունքի արդյունավետ իրացումը¹²:

Խարանավորումը դրսևորվում է տարբեր մակարդակներում, ինչպես օրինակ՝ ներքին, միջանձնային և կառուցվածքային մակարդակներում^{13,14}: Առողջապահական համակարգերում թարգմանիչներ կամ առկա տեղեկությունը մատչելի ձևաչափերով չտրամադրելը, առանձնացված ծառայություններ տրամադրելը կամ մշտական բնակության վայր կամ իրավական կարգավիճակ չունեցող անձանց ուղղակիորեն բացառող քաղաքականության առկայությունը կարող են դիտարկվել արհամարհական վերաբերմունք¹⁵: Խտրականության հետևանքով այս դրսևորումները վերածվում են իրավունքների համակարգային խախտումների: Գործնականում դա նշանակում է, որ մարդկանց կարող են չտրամադրվել հստակ պարզաբանումներ, նրանց հետ կարող է չվարվել հարգալից երկխոսություն, ինչպես նաև չապահովվել իրենց մարմնին և կյանքին վերաբերող որոշումների կայացման գործընթացին բովանդակալից մասնակցությունը:

Ըստ էության, խարանավորումը և խտրականությունը մարդկանց գրկում են իրենց մարդկային արժանապատվությունից և իրենց ներուժը փարժեք իրացնելու հնարավորությունից:

Առողջապահական գրագիտությունը որպես մարդու իրավունքների հետ կապված խնդիր ձևակերպելով՝ մարդկանց «շտկելու» պատասխանատվությունը տեղափոխվում է համակարգերի վերափոխման վրա¹: Դրանով ընդգծվում է պետությունների և հաստատությունների՝ խոցելի իրավիճակում գտնվող անձանց լսելու, խարանավորման գործելակերպերն ի հայտ բերելու և վերացնելու և առավել տուժած անձանց հետ համատեղ տեղեկություններ, աջակցություն և ծառայություններ մշակելու պարտավորությունը¹⁶: Այս տեսանկյունից, առողջապահական գրագիտության մակարդակի բարձրացումը հանրային առողջապահության ոլորտում պարզապես տեխնիկական միջամտություն չէ. այն կազմում է արդարության առավել ընդգրկուն օրակարգի մաս՝ ապահովելու համար, որ որևէ անձի կողմից առողջապահական իրավունքների իրացումը կախված չլինի նրա կրթությունից, լեզվից, ինքնությունից, բնակարանային ապահովվածության կարգավիճակից կամ սոցիալական դիրքից:

ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿԵՎ ՆՊԱՏԱԿԸ

Սույն զեկույցի նպատակն է ներկայացնել համապարփակ ապացուցահեն կառավարման համակարգ, որտեղ առողջապահական գրագիտությունը ծառայում է որպես մարդու իրավունքների իրացումը խթանող հիմնարար գործոն՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով խարանավորմանը և խտրականությանը, որոնց բախվում են խոցելի իրավիճակում գտնվող մարդիկ Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններում:

Նպատակները ներառում են՝

1. Առողջապահական գրագիտության՝ որպես անհատի թերություն ձևակերպումը փոխարինել համակարգային պատասխանատվությամբ, որի համար պահանջվում է կառավարությունների, առողջապահական համակարգերի, կրթական հաստատությունների և քաղաքացիական հասարակության կողմից ձեռնարկված համակարգված գործողություն:
2. Վերացնել խարանավորման և խտրականությամբ պայմանավորված կառուցվածքային խոչընդոտները, որոնք թույլ չեն տալիս խոցելի իրավիճակում գտնվող անձանց, օրինակ՝ գնչուական ռոմա համայնքին պատկանող անձանց, անօթևաններին, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, միգրանտներին, LGBTH+ անձանց, անազատության մեջ պահվող անձանց, կանանց, տարեցներին և երիտասարդներին իրացնել իրենց առողջության պաշտպանության իրավունքը:
3. Եվրոպայի խորհրդի շրջանակներում ամրապնդել հաշվետվողականության մեխանիզմները՝ գործող կոնվենցիաներով սահմանված՝ առողջապահական գրագիտության ապահովման պարտավորությունների՝ անդամ պետությունների կողմից կատարումը վերահսկելու նպատակով:
4. Խթանել ներառական առողջապահական համակարգերը որտեղ խոցելի իրավիճակում գտնվող անձանց ոչ թե պարզապես խորհրդատվություն է տրամադրվում, այլ նրանք իրավագործվում են որպես առողջության վերաբերյալ որոշումների կայացման, քաղաքականության մշակման և ծառայությունների տրամադրման գործընթացի ակտիվ մասնակից:

ՍՈՒՅՆ ԶԵԿՈՒՅՑՈՒՄ ԿԻՐԱՌՎԱԾ ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ

Հաշվի առնելով զեկույցի արագ վերանայման ձևաչափը և Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններում խարանավորման և խտրականության ուսումնասիրությանը ներհատուկ տվյալները և մեթոդաբանական դժվարությունները՝ սույն զեկույցում մանրամասն դիտարկվում են արդեն հրապարակված տվյալների զանազան աղբյուրներ՝ խարանավորումը և խտրականությունը նվազեցնելու նպատակով առողջապահական գրագիտության խթանման գործընթացի վիճակը և ազդեցությունն ուսումնասիրելու համար: Զեկույցում ներկայացվում են առողջապահական գրագիտության, խարանավորման և խտրականության, սոցիալական խոցելիության հայեցակարգային հիմունքները, որոնց հաջորդում է առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակով պայմանավորված խարանավորման և

խտրականության ազդեցության ընդհանուր վերլուծությունը: Եզրահանգումները կիրառվել են կոնկրետ վերլուծության շրջանակներում՝ ի ցույց դնելով ազդեցությունը բնակչության ութ տարբեր խմբերի տեսանկյունից, և ինչպես նաև կառավարման տեսանկյունից՝ դրա մեղմացման եղանակները: Եզրակացությունները ծառայում են որպես քաղաքականության ճանապարհային քարտեզի մշակման հիմք, ներառյալ՝ առաջարկություններն առ այն, թե ինչպես կարող են Եվրոպայի խորհուրդը և դրա անդամ պետությունները հետագայում շարունակել խարանավորման և խտրականության նվազեցման նպատակով առողջապահական գրագիտության և մարդու իրավունքների խթանման գործընթացը:

ԻՆՉՈՒՆ ԵՎ ԿԱՐԵՎՈՐՎՈՒՄ ՀԻՄՆԱ

Բազմաթիվ ճգնաժամերի զուգակցումը, ինչպիսիք են համավարակից հետո վերականգնումը, միգրացիոն ճնշումները, ծերացող բնակչությունը, թվային փոխակերպումը, ինչպես նաև առողջության վերաբերյալ ապատեղեկատվության ծավալների աճը, ի ցույց է դրել առողջապահական այն համակարգերի խոցելիությունը, որոնք չեն ծառայում խոցելի իրավիճակում գտնվող անձանց¹⁷: Սահմանափակ առողջապահական գրագիտությունը համարվում է կառուցվածքային և տարածված խնդիր ամբողջ Եվրոպայում, իսկ բեռը բաշխված է անհավասարաչափ¹⁸: Առողջապահական գրագիտության եվրոպական հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ եվրոպացիների գրեթե կեսը չունի առողջապահական գրագիտության բավարար մակարդակ, ընդ որում, առավել բարձր ցուցանիշներ են արձանագրվել կրթության ցածր մակարդակ ունեցող բնակչության, տարեցների և միգրանտների շրջանում²: Առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակն ուղղակիորեն հանգեցնում է կանխարգելիչ մահացության, դեղերի սխալ ընդունման, ուշացած ախտորոշման և անհարկի առողջապահական ծախսերի, որոնք գնահատվում են տարեկան միլիարդավոր եվրո¹⁹: Թվային առողջապահական գրագիտության ոլորտում առկա բացերն էլ ավելի են խորացնում բացառման խնդիրը, որն անդրադառնում է բնակչության մոտ 40%-ի վրա, ընդ որում, առավել տուժում են տարեցները և գյուղական համայնքները²⁰:

Կոնկրետ բնակչությանը վերաբերող տվյալները ևս ի հայտ են բերում մշտապես առկա և կառուցվածքային բացեր: Գնչուական ռոմա համայնքներում Եվրոպական միության հիմնարար իրավունքների գործակալության կողմից իրականացված հետազոտությամբ արձանագրվել է, որ հինգ տարվա ընթացքում առողջապահության ոլորտում 41%-ը ենթարկվել է խտրական վերաբերմունքի, այդ թվում՝ ոչ ֆորմալ վճարման պահանջներ, առանձնացված կառույցներ և բուժում չտրամադրելը: Գնչուական ռոմա համայնքի բնակչության շրջանում կյանքի միջին տևողությունը, ըստ գնահատումների, ընդհանուր բնակչության համեմատ 5-15 տարով պակաս է, իսկ իմունացման ծածկույթը մնում է 30-50%-ով ցածր²¹: Եվրոպայում հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը կազմում է մոտ 135 միլիոն, սակայն ի տարբերություն հաշմանդամություն չունեցող անձանց՝ առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների մատչելիության և դրանք ըմբռնելու առումով նրանք մշտապես բախվում են առավել լուրջ խոչընդոտների: Տարածաշրջանում հաշմանդամություն ունեցող անձանց միայն գրեթե կեսը կարող է իրեն թույլ տալ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունները, և տասից միայն մեկն ունի մատչելիություն հիմնական օժանդակող սարքերին՝ թերագնահատելով այն հանգամանքը, թե որքան են հարմարեցված սարքավորումների արժեքը և բացակայությունը սահմանափակում ծառայություններից արդյունավետորեն

օգտվելը: Մշտապես ընդգծվում են հաղորդակցական և տեղեկատվական խոչընդոտները, և զեկույցներում նկատելի է, որ ոչ մատչելի ձևաչափերը, պացիենտների իրավունքների վերաբերյալ ոչ հստակ տեղեկությունները և անարդյունավետ հաղորդակցական գործելակերպը նպաստում են ավելի մեծ թվով առողջապահական կարիքների չբավարարմանը և հաշմանդամություն ունեցող անձանց առողջական վիճակի ցուցանիշների վատթարացմանը²²:

Այս ցուցանիշները վկայում են, որ առողջապահական գրագիտությունը երկրորդական հարց չէ, այլ եվրոպական առողջապահական համակարգերում առկա՝ հավասարության ապահովման համակարգային խնդիր:

ԽՆԴՐԻ ԼՐՋՈՒԹՅՈՒՆԸ

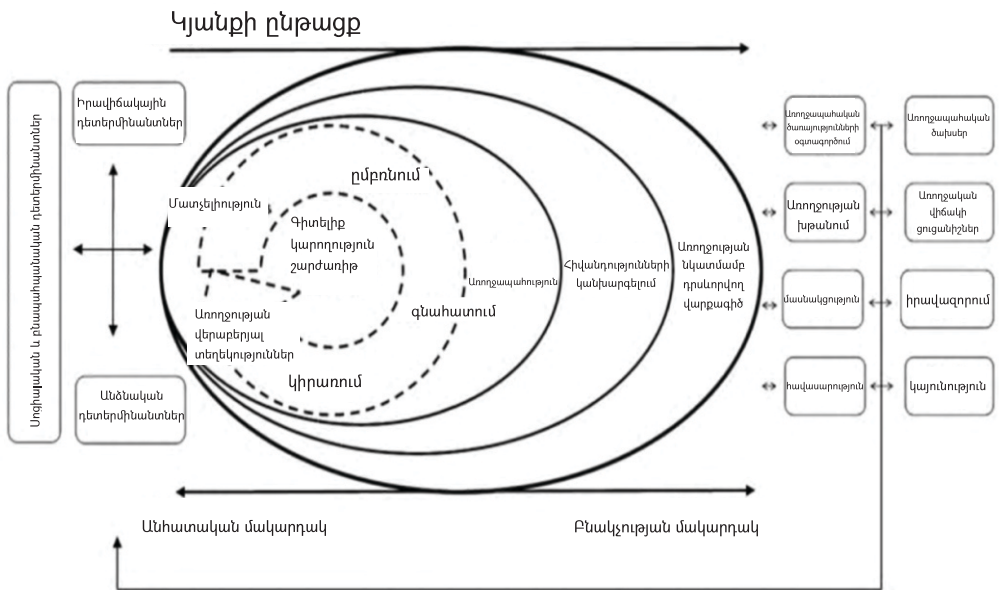
Տնտեսական և սոցիալական ծախսերը զգալի են: Առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակն առաջ է բերում առողջապահական ծախսերի 3-5% ավելացում, ինչը պայմանավորված է կանխարգելիչ հոսպիտալացմամբ, դեղորայքի սխալ ընդունմամբ և շտապ օգնության բաժանմունքի գերօգտագործմամբ¹⁹: ՔՈՎԻԴ-19 համավարակը ևս ցույց տվեց, որ առողջապահական գրագիտությունը ոչ թե պարզապես անհատական հատկանիշ է, այլ հանրային առողջապահության համակարգի դիմակայունության հավաքական դետերմինանտ²³: Ապատեղեկատվությունն անհամաչափ է ազդել առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակ ունեցող բնակչության վրա՝ նպաստելով մահացության դեպքերի ավելացմանը:

Ի վերջո, խնդիրը չի սահմանափակվում արդյունավետության և ծախսերի զսպման շրջանակով, այլ ներառում է արդարության ապահովման և իրավական պարտավորություն: Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի 25-րդ հոդվածով առողջությունը սահմանվում է որպես հիմնարար իրավունք: Երբ այնպիսի կառուցվածքային խոչընդոտները, ինչպիսիք են խարանավորումը, խտրականությունը, ոչ մատչելի տեղեկությունները և մասնատված համակարգերը, թույլ չեն տալիս անձանց իրացնել այս իրավունքը, կառավարությունները չեն կատարում իրենց՝ որպես մարդու իրավունքների ոլորտում միջազգային իրավունքով պարտականություն կրողների պարտավորությունները: Այդ իսկ պատճառով առողջապահական գրագիտությունը քաղաքականության երկրորդական խնդիր չէ. այն կարևոր խթանող գործոն է, որով առողջության պաշտպանության իրավունքը վերացական սկզբունքից վերափոխվում է առկա իրականության:

Ավելին, առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակը կարող է առաջ բերել մարդու իրավունքների խախտման վտանգ՝ Երբ գնչուական ռոմա համայնքին պատկանող կինը լեզվական խոչընդոտների և առողջապահական ոլորտում առկա խտրական վերաբերմունքի պատճառով չի կարողանում ըմբռնել նախաձեռնյալ խնամքի ցուցումները, երբ անազատության մեջ պահվող անձին չեն տրամադրվում հոգեկան առողջության վերաբերյալ մատչելի տեղեկություններ, երբ տարեց անձը չի կարողանում օգտագործել թվային առողջապահական հարթակները, նրանց առողջության պաշտպանությունը կարող է վիճարկվել Եվրոպական սոցիալական խարտիայի 11-րդ հոդվածի համաձայն³: Սոցիալական իրավունքների եվրոպական կոմիտեն ընդգծում է, որ առողջապահության արդյունավետ մատչելիությունը պետք է ապահովվի անխտիր բոլորի համար, և որ խոցելի իրավիճակում գտնվող անձանց համար պահանջվում է պատշաճ պաշտպանություն²⁴:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ
ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

Առողջապահական գրագիտությունը կապված է գրագիտության հետ և ներառում է մարդկանց գիտելիքները, շարժառիթները և կարողությունները՝ մատչելիություն ստանալու, ըմբռնելու, գնահատելու և կիրառելու տեղեկությունները՝ առողջապահության, հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության խթանման վերաբերյալ առօրյա կյանքում դատողություններ անելու և որոշումներ կայացնելու համար՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում կյանքի որակը պահպանելու կամ բարելավելու նպատակով²⁵:



Գծապատկեր 1. Առողջապահական գրագիրության համապարփակ հայեցակարգային մոդել (Սյորենսեն և այլք, 2012թ.)²⁵

Կարևոր է նշել, որ առողջապահական գրագիտությունն անձնական կարողությունների և այնպիսի համակարգային գործոնների փոխազդեցության արդյունք է, ինչպիսիք են կրթության որակը, առողջապահական համակարգի բարդությունը, տեղեկությունների մատչելիությունը, ծառայություն մատուցողների մշակութային կոմպետենտությունը և սոցիալ-տնտեսական պայմանները^{11,25}։ Այս առումով պրոֆեսոր Դոն Նաթթիմը նկարագրել է առողջապահական գրագիտության երեք հաջորդական մակարդակ, որոնք բնորոշվում են աճող ինքնուրույնությամբ և իրավագործմամբ^{26,27}։

- ▶ *Ֆունկցիոնալ առողջապահական գրագիտությունը* վերաբերում է ընթերցանության և գրելու բազային հմտություններին, որոնք հնարավորություն են տալիս անձանց հասկանալու առողջության վերաբերյալ տեղեկությունները և կողմնորոշվել առողջապահական հաստատություններում:
- ▶ *Ինֆերակրիվ առողջապահական գրագիտությունը* ներառում է առավել զարգացած ճանաչողական և սոցիալական հմտություններ, որոնք թույլ են տալիս մարդկանց ակտիվ փոխգործակցել առողջապահության ոլորտի մասնագետների հետ, կիրառել տեղեկությունները փոփոխվող հանգամանքներում և մասնակցել համատեղ որոշումների կայացման գործընթացին:
- ▶ *Կրիտիկական առողջապահական գրագիտությունն* առավել կատարելագործված մակարդակ է, որը ներառում է տեղեկությունները քննադատական վերլուծության ենթարկելու, առողջության սոցիալական դետերմինանտներն ըմբռնելու և առողջական վիճակի բարելավման ուղղությամբ անհատական կամ կոլեկտիվ գործողություն ձեռնարկելու կարողությունը:

Համակարգային տեսանկյունից խնդիրներին լուծում տալու համար *կազմակերպական առողջապահական գրագիտությունը* վերաբերում է նրան, թե ինչպես են հաստատությունները կազմակերպում իրենց կառուցվածքները, գործընթացները և հաղորդակցությունը, որպեսզի մարդիկ կարողանան հեշտությամբ գտնել, ըմբռնել և օգտագործել առողջության վերաբերյալ տեղեկությունները և ծառայությունները²⁸: «Առողջապահական գրագիտություն ունենալու» պատասխանատվությունը բացառապես անհատների վրա դնելու փոխարեն այն հարց է բարձրացնում, թե արդյոք հիվանդանոցները, կլինիկաները, հանրային առողջապահության գործակալությունները և սոցիալական ծառայությունները ստեղծում են այնպիսի միջավայր, որտեղ հեշտ է կողմնորոշվել բոլորի համար, այդ թվում՝ գրագիտության սահմանափակ մակարդակ, լեզվական խոչընդոտներ, հաշմանդամություն ունեցող կամ սոցիալապես խոցելի անձանց համար: Առողջապահական գրագիտություն ունեցող կազմակերպությունները պարտավորվում են ապահովել, որ իրենց ղեկավարության, անձնակազմի վերապատրաստումը, հաղորդակցական նյութերը, թվային գործիքները և ֆիզիկական տարածքները լինեն հստակ, մատչելի և ներառական: Նրանք օգտագործում են պարզ լեզու, զանազան ձևաչափեր, տրամադրում են ակտիվ աջակցություն (օրինակ՝ թարգմանիչներ, միջնորդներ և «teach-back (սովորեցրու այն, ինչ սովորել ես)» և իրականացնում են համայնքների հետ համատեղ մշակում՝ սովորական բուժօգնության գործընթացները պակաս խրթին դարձնելու, դրանց շրջանակներում թյուրըմբռնման հնարավորությունները բացառելու և խարանավորմանը ու խտրականությանը հակազդելու համար²⁹:

Առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակն ունի հսկայական սոցիալական հետևանքներ թե՛ տնտեսական և թե՛ կառավարման առումով: Դա հանգեցնում է շտապօգնության բաժանմունք այցերի աճին, քրոնիկ հիվանդությունների ընթացքի անարդյունավետ կտրուկացմանը, կանխարգելիչ բարդությունների և երկարաժամկետ հոսպիտալացման, որոնք համատեղ նպաստում են պետական և մասնավոր հատվածում առողջապահական ծախսերի ավելացմանը և արդյունավետության նվազմանը՝ պայմանավորված հիվանդության պատճառով աշխատանքի չներկայանալու և վաղ կենսաթոշակի անցնելու հանգամանքով³⁰: Կառավարման տեսանկյունից առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակը բացասաբար է ազդում պետական քաղաքականության արդյունավետության և օրինականության վրա:

մարդիկ դժվարանում են հասկանալ իրենց իրավունքները, արտոնությունները և առողջապահական ուղեցույցները, որի հետևանքով նվազում է կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացման մակարդակը, թուլանում է հաստատությունների նկատմամբ վստահությունը և մեծանում է ապատեղեկատվության նկատմամբ խոցելիությունը: Սա իր հերթին դժվարացնում է քաղաքականության իրականացումը, խորացնում է առողջապահական և սոցիալական անհավասարությունը և ստիպում է կառավարություններին ռազմավարական, կանխարգելիչ գործողությունների փոխարեն ավելի շատ ռեսուրսներ օգտագործել հետևանքները վերացնելու և ճգնաժամային իրավիճակներին արձագանքելու համար³⁰:

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԽՈՏԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

Սոցիալական խոցելիությունը նշանակում է, թե ինչպես է անձի կամ համայնքի ընդհանուր սոցիալական դրությունն առավել մեծացնում նրանց վնասվելու և առողջական վիճակի ցուցանիշների վատթարացման հավանականությունը: Դա առաջանում է տարբեր անբարենպաստ գործոնների համընկնման հետևանքով, ինչպիսիք են եկամուտը, կրթությունը, բնակարանային ապահովումը, աշխատանքը, սոցիալական աջակցությունը, խտրականությունը և ծառայությունների մատչելիությունը, որոնք բոլորը սահմանափակում են մարդկանց՝ ռիսկերի դեմ պայքարելու, ճգնաժամերին արձագանքելու և դժվարությունները հաղթահարելու կարողությունը³¹: Առողջության համատեքստում սոցիալական խոցելիությունն օգնում է բացատրել, թե ինչու որոշ խմբեր կրում են հիվանդությունների ավելի մեծ թեո, բախվում են բուժօգնության ավելի շատ խոչընդոտների և գրանցում են առավել վատ արդյունքներ, ինչը պայմանավորված է ոչ թե անհատական թերություններով, այլ կառուցվածքային առումով անհավասար կենսապայմաններով և ուժային հարաբերակցությամբ⁹:

Սոցիալական խոցելիության և առողջապահական գրագիտության ազդեցությունը որպես մարդու իրավունքների հետ կապված խնդիր ներկայացնելու համար սույն քաղաքականության ամփոփագրում դիտարկվում են Եվրոպայի խորհրդի կոնվենցիաներում նշված բնակչության ութ խումբ:

Բնակչության խումբ	Անհատական ընկալում	Կառուցվածքային ընկալում
Գնչուական ռոմա/սինթի/իդանդական գնչուների համայնքներ	Խիստ օտարված	Համակարգայնորեն մարգինալացված
Անօթևաններ	Խիստ անտեսված	Համակարգայնորեն անտեսված
Հաշմանդամություն ունեցող անձինք	Խիստ կարգավորվող	Իրավունքները հաճախ սահմանափակվում են
Միգրանտներ	Խիստ բարդ	Արտոնությունները մասնատված են
ԼԳԲՏԻ+ անձինք	Խիստ խարանավորված	Պաշտպանությունը երաշխավորվում է անհետևողականորեն
Անազատության մեջ պահվող անձինք	Խիստ վերահսկողության ներքո	Առողջապահական իրավունքները կախված են հաստատություններից
Տարեցներ	Խիստ կախյալ	Աջակցությունը և մատչելիությունն այնքան էլ չեն կարևորվում

Բնակչության խումբ	Անհատական ընկալում	Կառուցվածքային ընկալում
Երիտասարդներ	Խիստ թերագնահատված	Մասնակցությունը և ծայրը թերագնահատված են

Գնչուական ռոմա, սինթի և իռլանդական գնչուների համայնքները հաճախ խիստ առանձնացված են հիմնական հաստատություններից՝ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների ոլորտում պատմականորեն ենթարկվելով համակարգային մարգինալացման, հարկադիր մեկուսացման և խտրական վերաբերմունքի²¹: Այս առանձնացումը խաթարում է վստահության հիմքերը, նվազեցնում է բուժօգնության դիմելու ցանկությունը և սահմանափակում է հարգալից երկխոսությամբ առողջապահական գրագիտության մակարդակի բարձրացման հնարավորությունները, իսկ գնչուական ռոմա համայնքի «չափանիշներին անհամապատասխանության» վերաբերյալ կարծրատիպներն ամրապնդում են խարանափորումը և արդարացնում անորակ կամ առանձնացված ծառայությունների տրամադրումը:

Անօթևանները խիստ անտեսված են կառուցվածքային մակարդակում, քանի որ մշտական բնակության վայրի բացակայությունը, աղքատությունը և գոյատևման առաջնահերթ խնդիրները դժվարացնում են առաջնային բուժօգնության համակարգում նրանց գրանցումը, այցերի պարտաճանաչ կատարումը կամ դեղերի և փաստաթղթերի ապահով պահպանումը: Առողջապահական գրագիտության մակարդակը սահմանափակվում է, երբ տեղեկությունները տրամադրվում են այնպիսի հարթակներով, որոնց հուսալի հասանելիություն նրանք չունեն, և երբ ծառայությունների տրամադրման համար անհրաժեշտ է մշտական հասցե կամ ինքնության հաստատում, ինչը խորացնում է բնակարանային ապահովվածության հիմքով խտրականությունը³²:

Հաշմանդամություն ունեցող անձինք հաճախ բնակվում են խիստ կարգավորվող միջավայրում, որտեղ նրանց առողջության վերաբերյալ որոշումները կայացվում են օրենքներով, խնամակալների, հաստատությունների կամ ընտանիքի անդամների կողմից²²: Մասշեյի տեղեկություններ, հաղորդակցական աջակցություն ստանալու և ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու նրանց իրավունքները հաճախ սահմանափակվում են, իսկ երբ ծառայությունները չեն մատուցվում հասանելի ձևաչափերով և ողջամիտ հարմարեցումներով, դա համարվում է խտրականություն, որն ուղղակիորեն խոչընդոտում է առողջապահական գրագիտության զարգացումը և իրականացումը:

Միգրանտների և փախստականների համար գործում են խիստ բարդ և մասնատված արտոնություններ՝ իրենց իրավական կարգավիճակով պայմանավորված, ապաստան հայցելու ընթացակարգեր և վարչական կանոններ, որոնք տարբեր երկրներում տարբեր են: Սահմանափակ լեզվական աջակցությունը, անձանոթ առողջապահական համակարգերը և իշխանություններից կամ արտաքսումից վախն օտարատյաց խարանափորման հետ համատեղ ստեղծում են իրավունքներն ըմբռնելու, ծառայություններից օգտվելու և առողջության վերաբերյալ տեղեկություններին վստահելու լուրջ խոչընդոտներ³³:

ԼԳՏԻ+ անձինք խիստ խարանափորված են շատ միջավայրերում, որտեղ նրանք հանդիպում են ծառայություն մատուցողների, որոնք բավարար կոմպետենտ չեն կամ ունեն կանխակալ կարծիք սեռական

կողմնորոշման, գեներային ինքնության կամ սեռային հատկանիշների վերաբերյալ³⁴: Սա հանգեցնում է բուժօգնությունից խուսափելուն, համապատասխան տեղեկությունները թերի ներկայացնելուն և ԼԳԲՏԻ+ համայնքին բնորոշ առողջապահական կարիքների անտեսման, որի հետևանքով նվազում են մարդկաներին հաղորդակցության և առողջապահական գրագիտության մակարդակի բարձրացման հնարավորությունները:

Անագատության մեջ պահվող անձինք բնակվում են խիստ վերահսկվող միջավայրերում, որտեղ առողջության վերաբերյալ տեղեկություններին, ծառայություններին և երկրորդ կարծիքին հասանելիությունը պայմանավորված է ինստիտուցիոնալ գործելակերպերով և անվտանգային առաջնահերթություններով³⁵: Գերբնակեցվածությունը, անբավարար ռեսուրսները և պատժամիջոցների կիրառման մշակույթը կարող են վերահաստատել արհամարհական և խտրական վերաբերմունքը, որի հետևանքով խիստ սահմանափակվում է մարդկանց՝ ինքնուրույն հարցեր տալու, պարզաբանումներ հայցելու կամ առողջության վերաբերյալ որոշումների կայացմանը բուժանդակալից մասնակցություն ունենալու հնարավորությունը:

Տարեցները տեղեկությունների մեկնաբանման, դեղերի ընդունման վերահսկման կամ գերազանցապես թվայնացված առողջապահական համակարգերի օգտագործման առումով հաճախ խիստ կախված են իրենց ընտանիքի անդամներից, խնամատարներից կամ հաստատություններից: Տարիքային խտրականությունը ճանաչողական կարողությունների թուլացման և «տեխնոլոգիաներ չօգտագործող անձինք» լինելու վերաբերյալ ենթադրությունների հետ համատեղ կարող է հանգեցնել հապշտապ պարզաբանումներ տալուն, որոշումների կայացման գործընթացից դուրս թողնելուն և զգայական կամ ճանաչողական կարիքներին տեղեկությունների աղապտացումը սահմանափակելուն³⁶:

Երիտասարդները հաճախ խիստ անտեսվում են որպես իրենց առողջության իրավատերեր, քանի որ չափահասները և հաստատությունները վերահսկում են՝ ինչ տեղեկություն է տրամադրվում նրանց, երբ և ինչ պայմաններով: Միևնույն ժամանակ, հոգեկան և սեռական առողջության թեմաներով նրանք ակտիվ ենթարկվում են թվային ապատեղեկատվության և խարանավորման ազդեցությանը, ինչը դժվարացնում է հավաստի, տարիքին համապատասխան տեղեկություններ գտնելը և իրենց խնդիրների մասին անկեղծ խոսելը³⁷:

Բնակչության խումբ	Առողջության գրագիտության հետ կապված կոնկրետ խոցելիություններ
Գնչուական ռոմա/սինթի /իդանդական գնչուների համայնքներ	Համակարգային խտրականություն, մշտական բնակության վայրի բացակայություն, որի հետևանքով ընդհատվում է բուժօգնության տրամադրումը, առողջապահական համակարգերի նկատմամբ անվստահություն, լեզվական խոչընդոտներ, ոչ ֆորմալ վճարման պահանջներ, առանձնացված առողջապահական հաստատություններ
Անօթևաններ	Բնակարանային ապահովվածության կարգավիճակը՝ որպես ծառայությունների մատչելիության համար խոչընդոտ, մշտական հասցեի բացակայություն, ինչը խոչընդոտում է գրանցումը, ծայրահեղ աղքատություն, որի հետևանքով սահմանափակվում է տեղեկությունների մատչելիությունը, ֆիզիկական և հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ, սոցիալական խարանավորում և խտրական վերաբերմունք ծառայություն մատուցողների կողմից, գոյատևման առնչությամբ բախվող առաջնահերթություններ, անկազմակերպ կենսակերպ, որի հետևանքով ընդհատվում է բուժօգնության տրամադրումը
Հաշմանդամություն ունեցող անձինք	Ֆիզիկական խոչընդոտներ՝ հաստատությունների հասանելիության հետ կապված, զգայական խոչընդոտներ՝ տեղեկությունների հասանելիության հետ կապված (տեսողական, լսողական), ճանաչողական մշակման հետ կապված խնդիրներ, սոցիալական մեկուսացում, ծառայություն

Բնակչության խումբ	Առողջության գրագիտության հետ կապված կոնկրետ խոցելիություններ
	մատուցողների կողմից խտրական վերաբերմունք
Միգրանտներ	Լեզվական խոցելիություններ, ընկալման վրա ազդող տրավմաներ, առողջապահական համակարգերից անտեղյակություն, իրավական կարգավիճակով պայմանավորված վախ, մշակութային թյուրմեկնումներ, թարգմանված նյութերի բացակայություն
ԼԳԲՏԻ+ անձինք	Ծառայություն մատուցողների կողմից խարանավորում և խտրական վերաբերմունք, մշակութային առումով կոմպետենտ բուժօգնության բացակայություն, հոգեկան առողջության հետ կապված ավելի մեծ ռեռ, առողջապահական ծառայություններից խուսափում՝ նախկին բացասական փորձի պատճառով
Անազատության մեջ պահվող անձինք	Տեղեկություններին սահմանափակ մատչելիություն, անազատության մեջ պահելու վայրերում ոչ պատշաճ առողջապահական ծառայություններ, հոգեկան առողջության հետ կապված խարանավորում, առողջության հետ կապված ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու սահմանափակ հնարավորություն
Տարեցներ	Ճանաչողական կարողությունների թուլացում, զգայական խանգարումներ (տեսողություն, լսողություն), թվային գրագիտության ցածր մակարդակ, բազմաթիվ քրոնիկ հիվանդություններ, որոնց համար անհրաժեշտ է ընթացքի համալիր կառավարում, սոցիալական մեկուսացում
Երիտասարդներ	Տեղեկությունների առումով չափահասներից կախվածություն, զարգացման փուլում ճանաչողական կարողությունների սահմանափակումներ, սահմանափակ ինքնուրույնություն, հոգեկան առողջության հետ կապված խարանավորում, թվային ապատեղեկատվության ազդեցություն

ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Խարանավորումը դրսևորվում է մի քանի փոխկապակցված մեխանիզմներով³⁸:

- ▶ **Կարծրատիպավորումը** խմբերի բացասական երանգներով ընդհանրացումն է (օրինակ՝ ենթադրությունն առ այն, որ գնչուական ռոմա համայնքը «չափանիշներին չհամապատասխանող» են կամ տարեցները «տեխնոլոգիաների նկատմամբ կոմպետենտ չեն»):
- ▶ **Նախապաշարմունքն** այս կարծրատիպների հիման վրա ձևավորվող բացասական մոտեցումներն ու հուզական արձագանքներն են:
- ▶ **Խտրականությունը** խարանավորման վարքագծային դրսևորումն է, ինչպես օրինակ՝ ծառայություններ չտրամադրելը, անորակ բուժօգնություն տրամադրելը, մարդկանց համար առողջության վերաբերյալ հիմնական տեղեկություններին հասանելիություն չապահովելը կամ հարկադրանք պարունակող գործելակերպ կիրառելը:

Առողջության հետ կապված խարանավորումը դրսևորվում է ինչպես միջանձնային փոխհարաբերություններում (օրինակ՝ ծառայություն մատուցող-պացիենտ շփումներ), այնպես էլ կառուցվածքային կարգավորումներում (այդ թվում՝ քաղաքականություն, ռեսուրսների բաշխում և համակարգի կառուցվածք), և խտրականության այս ձևերն ուղղակիորեն խոչընդոտում են առողջապահական գրագիտության զարգացումը և առողջապահական իրավունքների արդյունավետ իրացումը³⁸:

ԱՌՈՂՋԱԿԱԿՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ

Շտանգի և այլոց կողմից առաջարկված՝ Առողջապահության ոլորտում խարանավորման և խտրականության հայեցակարգային շրջանակը³⁸ գլոբալ միջոլորտային մոդել է, որը պարզաբանում է, թե ինչպես է առողջական վիճակի հետ կապված խարանավորումն առաջանում, դրսևորվում և ինչպես կարող է փոխակերպվել: Այն վերընթաց խթանող գործոնները (ինչպես օրինակ՝ օրենքները, նորմերը, ուժային հարաբերակցությունը և ապատեղեկատվությունը) կապում է խարանավորման գործընթացների (այդ թվում՝ պիտակավորում, կարծրատիպավորում, առանձնացում, կարգավիճակի կորուստ և խտրականություն) և անձանց, համայնքների, ծառայությունների համակարգերի վարընթաց ցուցանիշների հետ: Տարբերակելով խարանավորման դրսևորումները (օրինակ՝ ներքին կամ ակնկալվող խարանավորումը) և խարանավորման գործելակերպերը (ինչպես օրինակ՝ խտրական վերաբերմունքը և քաղաքականությունը)՝ հայեցակարգային շրջանակն օգնում է հետազոտողներին, առողջապահության ոլորտի մասնագետներին և քաղաքականություն մշակողներին ի հայտ բերել միջամտության կոնկրետ մեկնարկային կետերը: Այն նախատեսված է այն միջամտությունների և քաղաքականությունների մշակումն ուղղորդելու համար, որոնք ոչ միայն թիրախավորում են անհատական մոտեցումները, այլև դիտարկում են կառուցվածքային պայմանները՝ ապահովելով, որ խարանավորման և խտրականության նվազեցմանն ուղղված ջանքերը լինեն համակարգային, ապացուցահեն և իրավունքահեն:

ԱՌՈՂՋԱԿԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Առողջապահության ոլորտում խարանավորման և խտրականության հայեցակարգային շրջանակի հիման վրա կազմված 2-րդ գծապատկերը ցույց է տալիս, թե ինչպես խթանող և նպաստող գործոններով պայմանավորված առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակը կարող է ընկալվել որպես որակում, որը հանգեցնում է խարանավորման դրսևորման և խարանավորման գործելակերպի՝ պատճառելով վնաս: Այդուհանդերձ, այս մոդելը նաև ներառում է մի քանի փոխազդեցության կետեր, որտեղ առողջապահական գրագիտությունը կարող է ուղղակիորեն նվազեցնել խարանավորումը և խտրականությունը խթանող գործոնների, դրսևորումների և արդյունքների մակարդակում:

ԽԹԱՆՈՂ ԵՎ ՆՊԱՍՏՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ՈՒՂՐՈՒԹՅԱՄԲ ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ

Խարանավորումը խթանող մի շարք գործոնների առաջացման հիմքում ընկած է ապատեղեկատվությունը, վարակի վախը, բարոյականության վերաբերյալ դատողությունները և արդյունավետության կամ պատասխանատվության վերաբերյալ միջերը: Բնակչության և մասնագետների առողջապահական գրագիտության մակարդակի բարձրացմամբ կարող են՝

- ▶ վախի վրա հիմնված համոզմունքները (օրինակ՝ վարակվելու չափազանցված դիսկը) փոխարինվել դիսկի ճշգրիտ ընկալմամբ, նվազել խարանավորված խմբերից խուսափելու և

համատեղ մշակված նյութեր) կարող են վիճարկել կարծրատիպերը և կանխակալ կարծիքը՝ հանգեցնելով ընտանիքներում, աշխատավայրերում և առողջապահական հաստատություններում խտրական գործելակերպերի նվազեցման:

Այսկերպ առողջապահական գրագիտության ոլորտում միջամտությունները ծառայում են որպես խարանավորման դեմ պայքարի գործիքներ, որոնք փոխում են առողջական վիճակի ընկալումները և քննարկումները՝ խարանավորման նարատիվները դարձնելով հասարակության համար ոչ այնքան ընդունելի:

ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ, ՓՈԽԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄԸ

Հայեցակարգային շրջանակը խարանավորման դրսևորումները կապում է ցուցանիշների հետ, ինչպես օրինակ՝ ծառայությունների մատչելիություն, բուժօգնության ընդունելիություն, հետազոտությունների անցկացում, բուժման նկատմամբ հետևողականություն, դիմակայունություն և շահերի պաշտպանություն: Այս փուլում առողջապահական գրագիտությունը կարող է մեղմացնել խարանավորման ազդեցությունը՝

- ▶ առողջապահական համակարգերը, տեղեկությունները և ընթացակարգերը դարձնելով օգտագործման առումով հարմար, որպեսզի այն մարդկանց, որոնք ակնկալում են խարանավորման դրսևորում կամ ենթարկվում են խարանավորման, այնուամենայնիվ հասանելի լինեն բուժօգնության պարզ, անվտանգ մեթոդներ.
- ▶ նպաստելով համատեղ որոշումների կայացմանը և «teach-back» մոտեցումների կիրառմանը, որոնք ամրապնդում են արժանապատվությունն ու ազատ կամքը՝ հակազդելով խարանի առաջացրած անզորությանը.
- ▶ զարգացնելով խտրականությունը ճանաչելու, բողոքարկման մեխանիզմներ կիրառելու և իրավունքահեն պաշտպանություն իրականացնելու անհատական և կոլեկտիվ կարողությունները, այդպիսով խարանավորումը վերածելով կազմակերպված ճնշման՝ ուղղված ինստիտուցիոնալ փոփոխությունների կատարմանը:

Կազմակերպությունների և հաստատությունների դեպքում՝ քաղաքականությունների, անձնակազմի վերապատրաստման դասընթացի կազմում և ծառայությունների մշակման գործընթացում առողջապահական գրագիտության ներառմամբ կարող են փոխվել ներկայումս խարանավորմանը նպաստող օրենքները, քաղաքականությունները և առօրյա գործելակերպերը՝ համապատասխանեցնելով դրանք խտրականության դեմ պայքարի նորմերին:

ՓՈԽԿԱՊԱԿՑՎԱԾ	ԽԱՐԱՆԱՎՈՐՄԱՆ	ԴԵՊՔԵՐԻ	ՎԵՐԱՑՈՒՄԸ	ԲԱԶՄԱՍՏԻՃԱՆ
---------------------	---------------------	----------------	------------------	--------------------

Շրջանակն ընդգծում է փոխկապակցված խարանավորման դեպքերը (օրինակ՝ սեռի, ռասայի,

սեռական կողմնորոշման, աղքատության հիմքով) և բազմաքայլ միջամտությունների անհրաժեշտությունը քաղաքականությունների, կազմակերպական, համայնքային, միջանձնային և անհատական մակարդակներում: Առողջապահական գրագիտությունը համապատասխանեցվում է վերոնշյալին՝

- ▶ մշակելով բազմաստիճան, միջդիսցիպլինար միջամտություններ, որոնք միաժամանակ զարգացնում են անհատական հմտությունները, վերաձևավորում են համայնքային նորմերը և վերանայում են ինստիտուցիոնալ ընթացակարգերը.
- ▶ ապահովելով, որ տեղեկատվական և հաղորդակցական ռազմավարությունները հստակ ճանաչեն և հակազդեն փոխկապակցված խարանավորման դեպքերին՝ հիվանդությունները մեկուսի դիտարկելու փոխարեն:

Այս շրջանակներում առողջապահական գրագիտությունը գործում է որպես միջուկորտային ռազմավարություն՝ ուղղված խարանավորումը խթանող գործոնների նվազեցմանը, խարանավորման գործելակերպերի վերափոխմանը, խարանավորման դրսևորումների մեղմացմանը և տուժած բնակչության և հաստատությունների համար առողջական վիճակի և իրավունքների իրացման արդյունքների բարելավմանը:

Շտանգի և նրա գործընկերների կողմից կազմված Առողջապահական գրագիտության, խարանավորման և խտրականության հայեցակարգային շրջանակն օգտագործվել է վերլուծելու համար, թե ինչպես են կառուցվածքային խթանող գործոնները, խարանավորումը և առողջապահական գրագիտությունը փոխազդում խոցելի իրավիճակներում գտնվող բնակչության ութ խմբերի առողջական վիճակի ցուցանիշները ձևավորելու հարցում: Շեշտը դրվել է նրա վրա, թե ինչպես են խարանավորումը և առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակը փոխադարձաբար ամրապնդում միմյանց, և թե ինչպես են կառուցվածքային խափանումներն անհրաժեշտ այս շղթան խզելու համար:

Բոլոր խմբերում առողջապահական գրագիտությունը և կազմակերպական առողջապահական գրագիտությունը կարող են ծառայել որպես կարևոր լծակներ՝ խարանավորման մեթոդները վերացնելու և խոցելի իրավիճակներում գտնվող մարդկանց իրավունքներն ապահովելու համար: Բնակչության առողջապահական գրագիտությունը նվազեցնում է խարանավորումը խթանող գործոնները (վախ, մեղադրանք, ապատեղեկատվություն), իսկ կազմակերպական առողջապահական գրագիտությունը վերաձևավորում է միջավայրն այնպես, որ խարանավորումը ո՛չ վերարտադրվի, ո՛չ էլ խրախուսվի առօրյա պրակտիկայում, և տեղեկատվության, արժանապատվության և խտրականության բացառման իրավունքները կարող են արդյունավետորեն իրացվել:

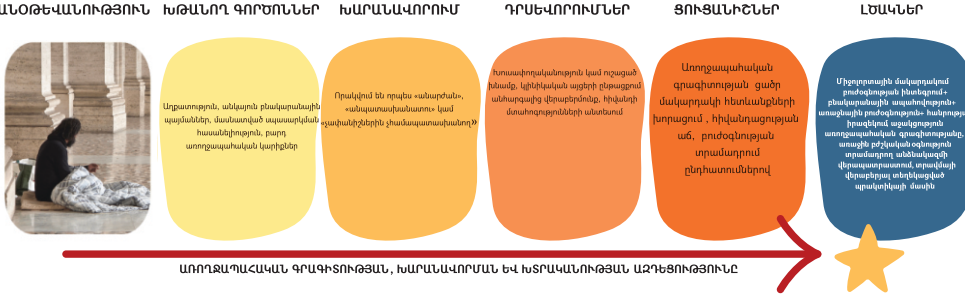
ԳԼՉՈՒԱԿԱՆ ՈՒՄԱ, ՍԻՆԹԻ ԵՎ ԻՌԼԱՆԴԱԿԱՆ ԳԼՉՈՒՆԵՐԻ ՀԱՄԱՅՔՆԵՐԸ

Համաձայն Միավորված ազգերի կազմակերպության՝ Եվրոպայում գնչուական ռոմա, սինթի և իռլանդական գնչուների համայնքները վաղուց բախվում են կառուցվածքային մարգինալացման, աղքատության և կրթական մեկուսացման³⁹: Այս գործոնները նպաստում են ֆորմալ կրթություն ստանալու միջին մակարդակի նվազեցմանը, ինչը կարող է սահմանափակել հիմնականում մեծամասնություն կազմող բնակչության լեզվի և մշակույթի հիման վրա մշակված համակարգերում առողջապահական գրագիտության հմտություններ զարգացնելու հնարավորությունները: Խարանավորումը հաճախ այս համայնքների անհատներին ներկայացնում է որպես «հակահիգիենիկ», «անկիրթ» կամ «չափանիշներին չհամապատասխանող»՝ առողջապահական հաստատություններում ամրապնդելով խտրական վերաբերմունքը: Այսպիսի խարանավորման դրսևորումներ են առանձնացված ծառայությունները, արհամարհական մոտեցմամբ հաղորդակցությունը և մշակութային առումով հարմարեցված տեղեկատվության բացակայությունը: Երբ առողջապահության վերաբերյալ տեղեկությունները մատչելի կամ հավաստի չեն, առողջապահական գրագիտությունը դառնում է հարաբերականորեն սահմանափակված: Դրա արդյունքում առաջացող արդյունքները ներառում են բուժօգնության ուշացած դիմելը, կանխարգելիչ ծառայությունների օգտագործման մակարդակի նվազումը և հաստատությունների նկատմամբ անվստահության պահպանումը: Այս խնդիրները վերացնելու համար անհրաժեշտ է կառուցվածքային խափանում՝ ինստիտուցիոնալ մակարդակում հանձնառելով ներդնել ներառական հաղորդակցական ռազմավարություններ, հավաքագրել որակավորված առողջապահական միջնորդներ, օգտագործել մշակութային առումով հարմարեցված նյութեր և առողջապահական համակարգերում կիրառել խտրականության դեմ պայքարի քաղաքականություն:



ԱՆՕԹԵՎԱՆ ՄԱՍՑԱԾ ԱՆՁԻՆՔ

Անօթևան մնացած անձինք բախվում են այնպիսի փոխկապակցված գործոնների, ինչպիսիք են աղքատությունը, տրավման, անկայուն բնակարանային պայմանները և մասնատված սպասարկման համակարգերը^{40,41}։ Խարանավորման արդյունքում նրանք հաճախ ներկայացվում են որպես «անպատասխանատու», «որոշակի նյութից կախվածություն ունեցող» կամ «անարժան», ինչն ազդում է ծառայություն մատուցողների վարքագծի և հանրության վերաբերմունքի վրա։ Գործնականում խարանավորումը դրսևորվում է խորհրդատվության հապճեպ անցկացմամբ, ախտանշանների անտեսմամբ և այնպիսի կառուցվածքային խոչընդոտներով, ինչպիսիք են նույնականացման հնարավորության բացակայությունը կամ մշտական բնակության հասցե ունենալու պահանջները։ Առողջապահական գրագիտության խնդիրները սրվում են գոյատևման մրցակցող առաջնահերթություններով։ Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ անհատներն ունեն առողջապահական գիտելիքներ, կառուցվածքային առանձնահատկությունները սահմանափակում են դրանց կիրառումը։ Այս դեպքում ցուցանիշները ներառում են քրոնիկ հիվանդությունների ընթացքի անարդյունավետ կառավարումը, շտապօգնության բաժանմունք այցերի թվի աճը և հիվանդացության աճը։ Հետևաբար կառուցվածքային լծակներով պետք է բնակարանային ապահովության քաղաքականությունն ինտեգրվի առողջապահական համակարգերի հետ («առաջին հերթին բնակարան» մոտեցում), ներառի տրավմայի վերաբերյալ տեղեկացված խնամք և ապահովի իրազեկման և միջոցառումների համագործակցության միջոցով առողջապահական գրագիտությանն աջակցելու շարունակականությունը։



ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆԷ

Հաշմանդամություն ունեցող անձինք բախվում են առողջապահական համակարգերում արմատավորված ֆիզիկական, հաղորդակցության և վերաբերմունքի հետ կապված խոչընդոտների: Խարանավորման արդյունքում նրանք հաճախ որակվում են որպես «անկարող», «կախյալ» կամ ճանաչողության սահմանափակ հնարավորություններով, որը կարող է հանգեցնել հաղորդակցության պատերնալիստական գործելակերպերի: Խարանավորման այս ձևերը դրսևորվում են համաձայնության մատչելի ձևաթղթերի բացակայությամբ, ժեստերի լեզվով թարգմանության, դյուրընթեռնելի նյութերի բացակայությամբ և համատեղ որոշումների կայացման գործընթացներից բացառմամբ: Առողջապահական գրագիտությունը հաճախ սխալմամբ դիտարկվում է որպես անհատի կարողությունների պակաս, մինչդեռ իրականում իրական խոչընդոտը ոչ մատչելի համակարգերն են^{22,42,43}: Այս խոչընդոտների հետևանքները ներառում են ինքնավարության նվազումը, բուժման տարբերակների թյուրըմբռնումը և առողջապահական վիճակի անհավասար ցուցանիշները: Այս խնդիրների լուծումը պահանջում է կառուցվածքային միջամտություններ, այդ թվում՝ առողջապահության ոլորտում հաղորդակցության համընդհանուր կառուցվածքի ստանդարտներ, մատչելիության պարտադիր պահանջների կատարում և ծառայություն մատուցողների վերապատրաստում, որն ամրապնդում է ինքնավարությունը և իրավունքահեն բուժօգնությունը:



ՄԻԳՐԱՆՏՆԵՐ (ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ՝ ՓԱԽՍՏԱԿԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱՊԱՍՏԱՆ ՀԱՅՑՈՂՆԵՐ)

Միգրանտները հաճախ ունենում են լեզվական խոչընդոտներ, անապահով իրավական կարգավիճակ, մշակութային աններդաշնակություն (դիստանս) և բացառող քաղաքականություն⁴⁴: Խարանավորման արդյունքում նրանք կարող են որակվել որպես «բեռ», «օտար» կամ նույնիսկ «հիվանդություն կրողներ», մասնավորապես հանրային առողջապահական ճգնաժամների ընթացքում: Այս խարանավորումը դրսևորվում է թարգմանիչների սահմանափակ հասանելիության, մշակութային համատեքստին անհամապատասխան տեղեկություններով և միգրացիոն վերահսկողությամբ պայմանավորված՝ բուժօգնության դիմելու վախով: Նույնիսկ իրենց ծագման երկրում առողջապահական գրագիտության բարձր մակարդակ ունեցող միգրանտները նոր համակարգում, իրավիճակով պայմանավորված, կարող են դրսևորել առողջապահական գրագիտության ցածր մակարդակ: Հետևանքները ներառում են պատվաստումների ընդունման ցածր մակարդակը, սքրինինգների հետաձգումը, հոգեկան առողջության չբուժված խնդիրները և

հաստատությունների նկատմամբ անվտանգությունը: Այս խնդիրների լուծումը պահանջում է այնպիսի կառուցվածքային միջամտություններ, ինչպիսիք են երաշխավորված թարգմանչական ծառայությունները, առողջապահության և միգրացիոն մարմինների միջև իրավական արգելապատնեշները և համակարգի՝ մշակութային համատեքստին համապատասխան մշակումը:



ԼԳԲՏԻ+ ԱՆՁԻՆԷ

ԼԳԲՏԻ+ անձինք բախվում են հետերոնորմատիվ առողջապահական համակարգերին, որտեղ հաճախ բացակայում են ներառական լեզուն, վերապատրաստումը կամ ներկայացվածությունը³⁴: Խարանավորման արդյունքում սեռական և գենդերային բազմազանությունը կարող է ներկայացվել որպես շեղում կամ անտեսանելի երևույթ, ինչն ազդում է հատկապես տրանսգենդեր և ոչ բինար անձանց վրա: Արդյունքում առաջացող դրսևորումները ներառում են անձի սխալ գենդերավորումը, գենդերային ինքնությունը վերահաստատող բուժօգնությունը մերժելը, խորհրդատվության ընթացքում հետերոնորմատիվ ենթադրությունները և առողջության վերաբերյալ տեղեկատվական նյութեր չտրամադրելը: Այդպիսի միջավայրերը խարխում են վստահությունը և սահմանափակում են բաց հաղորդակցությունը՝ սահմանափակելով առողջապահական գրագիտության ինտերակտիվ և քննադատական փոխգործակցությունը: Սա իր հերթին կարող է հանգեցնել այնպիսի հետևանքների, ինչպիսիք են կանխարգելիչ ծառայություններից խուսափելը, հոգեկան առողջության վրա բեռի ավելացումը և սեռական և վերարտադրողական առողջության ցուցանիշների վատթարացումը: Այս դեպքում կառուցվածքային խաթարումը պահանջում է պացիենտների ընդունման ներառական համակարգեր, կոմպետենտության վերաբերյալ պարտադիր վերապատրաստում, խտրականության բացառման հստակ քաղաքականություններ և ԼԳԲՏԻ+ համայնքների հետ համատեղ մշակված ծառայություններ:



ԱՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ ՊԱՇՏՈՂ ԱՆՁՆԵՐ

Անազատության մեջ պահվող անձինք ապրում են բանտային համակարգերում, որոնք բնութագրվում են սահմանափակ ինքնավարությամբ և պատժիչ նորմերով: Խարանավորման արդյունքում նրանք որակվում են որպես «հանցագործներ» կամ «անարժաններ», ինչը կարող է արդարացնել անբարեխիղճ բուժօգնության գործելակերպը: Այս խարանավորումը դրսևորվում է առողջապահական կրթական նյութերի մատչելիության սահմանափակմամբ, հարկադիր բուժման իրավիճակներով, գաղտնիության սահմանափակմամբ և բուժօգնության շարունակականության խաթարմամբ: Առողջապահական գրագիտության զարգացումը համակարգային առումով ճնշվում է, երբ անհատները չունեն ինքնուրույն գործելու հնարավորություն կամ վստահելի տեղեկություններ, ինչպես նաև հիվանդության նկատմամբ անփույթ վերաբերմունքի պարագայում⁴⁵: Հետևանքները ներառում են քրոնիկ հիվանդությունների ընթացքի կառավարման բացակայությունը, վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման բարձր մակարդակը և հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրների սրվելը: Այս խնդիրների լուծման կառուցվածքային լծակները կարող են ներառել առողջության անկախ վերահսկումը, համայնքի չափանիշներին համարժեք բուժօգնության ապահովումը, առողջության վերաբերյալ կրթական իրավունքների ամրապնդումը և անձին ազատ արձակելուց հետո բուժօգնության շարունակականության պլանավորումը⁴⁶:



ՏԱՐԵՑՆԵՐ

Տարեցները բախվում են այնպիսի խթանող գործոնների, ինչպիսիք են տարիքային խտրականությունը (էյջիզմ), բազմախտաբանությունը և ծառայությունների թվայնացումը՝ առանց համապատասխան աջակցություն տրամադրելու⁴⁷: Խարանավորման արդյունքում նրանք հաճախ որակվում են որպես ֆիզիկապես տկար, ճանաչողության սահմանափակ հնարավորություններով կամ տեխնոլոգիաների առումով ոչ կոմպետենտ: Այս խարանավորումը դրսևորվում է համատեղ որոշումների կայացման գործընթացներից բացառմամբ, խիստ պարզեցված բացատրությունների և այցերի՝ միայն թվային եղանակով նշանակման համակարգերով, որոնք ստեղծում են մատչելիության խոչընդոտներ: Նույնիսկ առողջապահական գրագիտության բարձր մակարդակի դեպքում այն կարող է անարդյունավետ դառնալ տարիքային առանձնահատկությունները հաշվի չառնող համակարգերում: Հետևանքները ներառում են դեղորայքի սխալ ընդունումը, խուսափելի հոսպիտալացումները և ինքնավարության նվազումը: Կառուցվածքային խաթարումը

պահանջում է համակարգի վերանայում՝ հաշվի առնելով տարիքային առանձնահատկությունները, թվային և ոչ թվային համակցված մեթոդների կիրառումը, տարիքային խտրականությունը բացառող քաղաքականությունները և առողջապահական գրագիտության վերաբերյալ երկարաժամկետ նախաձեռնությունները³⁶:



ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՆԵՐ

Երիտասարդների վրա ազդում են զարգացման անցումային փուլերը, կրթության ոլորտում առկա անհավասարությունները և թվային ապատեղեկատվության բարձր ազդեցությունը^{37,48,49}: Խարանափորման արդյունքում նրանք կարող են պիտակավորվել որպես անպատասխանատու կամ ոչ հասուն մասնավորապես՝ հոգեկան և սեռական առողջության առումով: Այս խարանափորումը դրսևորվում օգնության դիմելու համար հասակակիցների կողմից նրանց խարանափորմամբ, երիտասարդների կարիքներին համապատասխանեցված սահմանափակ հաղորդակցությամբ և ապատեղեկատվության էկոհամակարգերի ազդեցությանը ենթարկվելով: Առողջապահական գրագիտության զարգացումը մեծապես կապված է համատեքստից, և դրա վրա ազդում են ինչպես կրթական համակարգերը, այնպես էլ թվային հարթակները: Հետևանքները ներառում են դիսկալին վարքագծերը, հոգեկան առողջության օգնության ուշացած մատչելիությունը և ապատեղեկատվությամբ պայմանավորված վնասի նկատմամբ խոցելիության ավելացումը: Այս խնդիրների լուծման կառուցվածքային լծակները ներառում են առողջապահական գրագիտության և խարանափորման դեմ ծրագրերի ներդրումը դպրոցներում, ծառայությունների նախագծման գործընթացում երիտասարդների մասնակցային ներգրավվածության խթանումը և թվային կառավարման անվտանգ քաղաքականության իրականացումը:



ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՀԱՎԱՍԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՇՎԵՏՎՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀԱՅԻՆ ՔԱՐՏԵԶ

Եվրոպայում առողջապահական գրագիտության բացերի մասշտաբն ու շարունակականությունը պահանջում են կառուցվածքային և համակարգված արձագանք Եվրոպայի խորհրդի և դրա 46 անդամ պետությունների մակարդակով: Փոկային նախաձեռնությունները բավարար չեն: Պահանջվում է ամբողջ համակարգի իրավունքահեն վերափոխում, որում ներառված կլինի առողջապահական գրագիտությունը՝ որպես առողջության պաշտպանության իրավունքի հիմնարար տարր^{1,50}: Ստորև ներկայացված առաջարկություններով սահմանվում են կառավարման, հաշվետվողականության և իրականացման համապարփակ շրջանակ, որը հնարավորություն է տալիս իրականացնել այդ փոփոխությունը:

ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ՈՒՎ ՈՒՆԵՑՈՂ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄԸ

Առաջին քայլն առողջապահական գրագիտության և առողջապահական իրավունքների վերաբերյալ պարտադիր ուժ ունեցող պարտավորության մշակումն է՝ մոդելավորված, օրինակ, Օվիեդոյի կոնվենցիայի կառուցվածքի վրա⁵¹: Այդպիսի պարտավորությամբ առողջապահական գրագիտությունը պաշտոնապես կճանաչվի որպես առողջության պաշտպանության իրավունքի կարևոր խթան, և կսահմանվեն նվազագույն չափանիշներ առողջապահության, հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության խթանման ոլորտներում: Դրանով կպահանջվի խոցելի իրավիճակներում գտնվող անձանց հատուկ պաշտպանությունը և կամրապնդվեն վերահսկողության մեխանիզմները, մասնավորապես՝ Սոցիալական իրավունքների եվրոպական կոմիտեի միջոցով: Անդամ պետություններից կպահանջվի առողջապահական գրագիտության բացերի, միջամտությունների և չափելի ցուցանիշների վերաբերյալ պարբերական զեկույցների ներկայացում: Թեև գործող եվրոպական կոնվենցիաներով պաշտպանված է առողջության պաշտպանության իրավունքը, դրանցից ոչ մեկում նախատեսված չեն հստակ դրույթներ, որոնք անդրադառնում են առողջապահական գրագիտությանը՝ որպես իրավունքների և մատչելիության միջև գործառական կապ: Հատուկ մեխանիզմը կապահովեր հաշվետվողականություն, կներդաշնակեցներ չափանիշները և կբարձրացներ առողջապահական գրագիտության մակարդակը՝ այն ռազմավարական ձգտումներից վերածելով իրավական պարտավորության:

ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԻՐԱԳՈՐԾՈՒՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Սկզբունքները գործնական քայլեր դարձնելու համար բոլոր անդամ պետություններից պահանջվում է ընդունել առողջապահական գրագիտության ազգային գործողությունների ծրագրեր՝ իրավունքահեն մոտեցմամբ, օրինակ՝ հասանելիության, մատչելիության, ընդունելիության և որակի նկատմամբ: Հասանելիության բաղադրիչի շրջանակներում կառավարությունները, օրինակ, կարող են պարտավորվել առողջապահական բյուջեից նվազագույն հատկացում կատարել առողջապահական գրագիտության ռեսուրսների համար, ստեղծել համայնքի առողջապահության ոլորտի միջնորդների ծրագրեր խոցելի բնակչություն ունեցող շրջաններում, թերսպասարկվող տարածքներում գործարկել շարժական բուժկետեր և

մշակել բնակչության խմբերին ուղղված նյութեր, որոնք հասցեագրում են յուրաքանչյուր խոցելի խմբի համար առնվազն տասն առաջնահերթ թեմաներ:

Մատչելիության բաղադրիչով կապահանջվի պարզ լեզվով շարադրված օրենսդրություն, որն ապահովում է, որ առողջապահության վերաբերյալ կարևոր տեղեկությունները ներկայացվեն բնակչության ընթերցանության մակարդակին համապատասխան ոչ մասնագիտական լեզվով: Կարևոր նյութերը պետք է թարգմանվեն այն փոքրամասնությունների լեզուներով, որոնցով խոսում է շրջանի բնակչության ավելի քան հինգ տոկոսը: Առողջապահական թվային հարթակները պետք է կարգավորվեն մշակման համընդհանուր չափանիշներով՝ դրանց մատչելիությունը տարեցների և հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար ապահովելու նպատակով, իսկ կանխարգելիչ բուժօգնության համար ոչ ֆորմալ վճարումները և ֆինանսական խոչընդոտները պետք է վերացվեն: Տարեցների և բնակչության ցածր եկամուտ ունեցող խմբերի համար նախատեսված՝ թվային գրագիտության անվճար ուսուցման դասընթացները հետագայում կվերացնեն մատչելիության բացերը:

Ընդունելիությունը կամրապնդվի առողջապահական ծառայություններ մատուցողների համար անցկացվող՝ մշակութային կոմպետենտության վերաբերյալ պարտադիր ամենամյա ուսուցման, առողջապահական գրագիտության նյութերի մշակմանը խոցելի բնակչության մասնակցությունն ապահովող՝ համատեղ մշակման պահանջներով, բոլոր հանրային օբյեկտներում L9F5H+ ներառական չափանիշներով և վերարտադրողական առողջությունը, բռնությունը և ինքնավարությունը հասցեագրող գենդերազգայուն ծրագրերի ստեղծման միջոցով:

Որակը կապահովվի առողջապահական գրագիտության ազգային ստանդարտների և հավաստագրման համակարգերի, առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների ճշգրտության անկախ ստուգման, ապացուցահեն միջամտության ուղեցույցների և բնակչության պարբերական գնահատումների միջոցով՝ օգտագործելով գնահատման հաստատված գործիքներ: Եվրոպայի խորհրդին ներկայացվող տարեկան զեկույցները, փորձագիտական գնահատման մեխանիզմները և պահանջներին շարունակական անհամապատասխանության դեպքերում սահմանվող պատժամիջոցները կապահովեն հաշվետվողականությունը:

ԽԱՐԱՆԱԿՈՐՄԱՆ ԵՎ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՆՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ՆԱԽԱՁԵՐՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահական գրագիտության զարգացումն անհնար է առանց խարանավորմանը հակազդելու: Բազմամյա նախաձեռնությունները պետք է հասցեագրեն խոցելի իրավիճակներում գտնվող անձանց նկատմամբ ցուցաբերված խտրականության կոնկրետ մոդելները:

- Գնչուական ռոմա, սինթի և իռլանդական գնչուների համայնքների համար սա ներառում է համայնքային առողջապահական միջնորդների ցանցերի ընդլայնում, խտրականության դեմ պայքարի վերաբերյալ վերապատրաստման անցկացում, որը հասցեագրում է արմատավորված կարծրատիպները, առանձնացված կառույցների և ոչ ֆորմալ վճարման գործելակերպերի վերացում և վնասակար նարատիվներին հակազդող հանրային իրազեկման արշավներ

նախաձեռնում:

➤ Անօթևան մնացած անձանց համար պահանջվում են հաշվառման համար մշտական հասցեի առկայության պահանջների վերացում, շարժական և ապաստարանային բուժօգնության մոդելներ, առողջապահության ոլորտում անձնական փորձով նավիգատորներ, բուժօգնության համալիր մեթոդներ, առողջապահական ծառայություններ մատուցողների համար խարանավորման դեմ պայքարի վերաբերյալ վերապատրաստում, ընդունելության ժամերի նշանակման ճկուն համակարգեր կենսական առաջնահերթություններին համապատասխանեցված՝ պարզ լեզվով շարադրված նյութեր, տարբեր շրջաններում բուժօգնության արձանագրությունների շարունակականություն և բնակարանային ապահովվածության կարգավիճակով պայմանավորված՝ խտրականությունից իրավական պաշտպանության հստակ միջոցներ:

➤ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար պահանջվում են մատչելիության համակարգված ստուգումներ՝ խնդիրները վերացնելու պարտադիր ժամկետներով, ինչպես նաև «ոլյուրընթեռնելիության» չափանիշներ, հաշմանդամություն ունեցող անձանց հավասարության վերաբերյալ վերապատրաստումներ և ինքնավարությունը բարձրացնելուն ուղղված անձնական առողջապահական բյուջեի առկայություն:

➤ Միգրանտների և փախստականների համար պահանջվում են բոլոր առողջապահական հաստատություններում մասնագիտական թարգմանչական ծառայություններ, բազմալեզու ռեսուրսներ, որոնք ներառում են միգրանտների լեզուների մեծամասնությունը, տրավմայի վերաբերյալ տեղեկացված բուժօգնության մասին վերապատրաստում և անկախ փաստաթղթային կարգավիճակից մատչելիություն երաշխավորող իրավական պաշտպանության միջոցների առկայություն:

➤ ԼԳԲՏԻ+ անձինք օգուտ կքաղեն կառույցների մշակութային կոմպետենտության հավաստագրումից, ԼԳԲՏԻ+ առողջապահական տարածաշրջանային համակարգողներից, հոգեկան առողջության վերաբերյալ գրագիտության թիրախային ծրագրերից և կոնվերսիոն թերապիայի գործելակերպերի հստակ արգելումից:

➤ Անազատության մեջ պահվող անձանց համար պահանջվում են առողջապահական գրագիտության գնահատումներ քրեակատարողական հիմնարկ մուտք գործելիս, առողջապահության հարցերով անկախ օմբուդսմեններ, փոխադարձ աջակցության ծրագրեր և անազատության մեջ գտնվելու ընթացքում և դրանից հետո բուժօգնության երաշխավորված շարունակականություն:

➤ Տարեց չափահասներին անհրաժեշտ է նրանց կարիքներին համապատասխանեցված՝ թվային գրագիտության վերաբերյալ վերապատրաստում, խոշոր տառաչափերով և աուդիո ձևաչափով տեղեկատվական չափանիշներ, դեղորայքի ընդունման սխեմաների վերանայում «teach-back» մեթոդի օգտագործմամբ և միջսերնդային աջակցության ծրագրեր:

➤ Երիտասարդության համար անհրաժեշտ է դպրոցներում առողջապահական

գրագիտության համապարփակ ծրագրերի ներդրում, թվային ապատեղեկատվության դեմ դիմակայունության վերաբերյալ վերապատրաստում, հոգեկան առողջության վերաբերյալ գրագիտության ծրագրեր, որոնք նվազեցնում են խարանափորումը, և առողջապահական քաղաքականության մշակման գործընթացում բովանդակային մասնակցություն:

ԱՌՈՂՋԱԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԵՐԱՓՈԽՈՒՄՆ ԱՌՈՂՋԱԿՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱՆԿՅՈՒՆԻՑ ԳՐԱԳԵՏ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

Առողջապահական և հանրային առողջապահական բոլոր հաստատությունները պետք է անդրադառնան առողջապահական գրագիտության հարցերին, և նրանցից պետք է պահանջվի ստանալ Առողջապահության տեսանկյունից գրագետ կազմակերպությունների հավաստագրում՝ միջազգայնորեն ճանաչված չափանիշներին համապատասխան: Այս վերափոխումը ներառում է ղեկավարության նվիրվածությունը, առողջապահական գրագիտության ներառումը ռազմավարական պլանավորման մեջ, ամբողջ անձնակազմի վերապատրաստումը, պարզեցված նախկազմի համակարգերը, բուժառուների ներգրավումը կառավարման գործընթացում, պարզ լեզվի և «teach-back» մեթոդների առօրյա օգտագործումը, մատչելի բազմալեզու հաղորդակցության ձևաչափերը, համայնքի հետ գործընկերությունը և որակի շարունակական բարելավումը:

ՄԻՋՈՒՈՐՏԱՅԻՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ

Առողջապահական գրագիտությունը չի կարող սահմանափակվել առողջապահության նախարարություններով: Ազգային միջգերատեսչական խորհուրդները պետք է ապահովեն առողջապահական, կրթական, սոցիալական հարցերի, արդարադատության և թվային ոլորտներում համակարգումը, որը պետք է աջակցություն ստանա նպատակային բյուջետային տողերի և հիմնական քաղաքականությունների առողջապահական գրագիտության ազդեցության գնահատումների միջոցով: Եվրոպայի խորհրդի մակարդակով կարող է ստեղծվել Առողջապահական գրագիտության կայուն ծրագիր, որը կուղեկցվի Առողջապահական գրագիտության ամենամյա ֆորումով, տեխնիկական օժանդակության մեխանիզմներով և հետազոտությունների նպատակային ֆինանսավորմամբ: Քաղաքացիական հասարակությունը պետք է պաշտոնապես ներգրավվի կառավարման կառուցվածքներում՝ խորհրդատվական մեխանիզմների, որոշումների համատեղ մշակման պահանջների և համայնքի կողմից ղեկավարվող նախաձեռնությունների նպատակային ֆինանսավորման միջոցով:

ԱՊՍՅՈՒՑՈՐԱԿԱՆ ԲԱԶԱՅԻ ԵՎ ՀԱՇՎԵՏՎՈՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱՎՈՐՈՒՄ

Մոնիթորինգի գործուն համակարգերը խիստ կարևոր են: Անդամ պետություններում յուրաքանչյուր երկու տարին մեկ պետք է անցկացվի Եվրոպական առողջապահական գրագիտության հետազոտություն՝ խոցելի բնակչության գերնմուշառմամբ: Ազգային ցուցանիշները պետք է ինտեգրվեն առողջապահական տեղեկատվական առօրյա համակարգերում՝ հավասարության չափանիշներով շերտավորված հաշվետվությունների ներկայացմամբ՝ թափանցիկություն ապահովելու համար: Երկայնական կոհորտային հետազոտությունները, ներդրումների եկամտաբերությունը հիմնավորող տնտեսական գնահատումները և

հետազոտությունների նպատակային ֆինանսավորումը կամրապնդեն ապացուցողական բազան: Հաշվետվողականության մեխանիզմները պետք է Սոցիալական իրավունքների եվրոպական կոմիտեին լիազորեն քննել բողոքները, անդամ պետությունների միջև սահմանեն փոխադարձ գնահատման գործընթացներ, հնարավորություն ընձեռեն քաղաքացիական հասարակությանը ներկայացնելու սովերային զեկույց և հրապարակեն հանրային գնահատման՝ ըստ կատարողականի վարկանշավորող սանդղակ:

ԹՎԱՅԻՆ ԱՆՀԱՎԱՍԱՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱՑՈՒՄ

Վերջապես, թվային առողջապահական գրագիտությունը պետք է հասցեագրվի որպես հրատապ ենթակառուցվածքային առաջնահերթություն: Պետք է իրականացվեն առողջապահական գրագիտության համընդհանուր ծրագրեր առաջնային առողջապահության ոլորտում, համայնքապետարաններում գործող տեխնոլոգիական աջակցության կենտրոններում, ծայնային հնարավորություններով պարզեցված առողջապահական հավելվածներ, թվային մատչելիության պարտադիր չափանիշներ, հիբրիդային ծառայությունների մատուցում՝ պահպանելով ոչ թվային տարբերակները, ստեղծվեն համայնքային տեխնոլոգիական հանգույցներ և միջնորդների թվային ուսուցման ծրագրեր:

ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՐԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԱՇԵՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՈՒՄ

Միասին վերցված՝ այս առաջարկությունները նախանշում են համապարփակ վերափոխում մասնատված, ռեակտիվ միջոցառումներից դեպի եվրոպական առողջապահական գրագիտության հետևողական, իրավունքահեն համակարգ: Իրավական պարտավորությունները, գործառական ստանդարտները, խարանավորման դեմ թիրախային գործողությունները, ինստիտուցիոնալ փոխակերպումը, միջոլորտային կառավարումը, խիստ հաշվետվողականությունը և թվային ներառականությունը ներառելով՝ եվրոպայի խորհուրդը և դրա անդամ պետությունները կարող են ապահովել, որ առողջապահական գրագիտությունը դառնա հավասարության, արժանապատվության և առողջության իրավունքի լիարժեք իրացման կառուցվածքային հիմքը:

Առողջապահական գրագիտության գործողությունների պլանը գրեթե արժեք չունի, եթե ներկառուցված չէ երկարաժամ ֆինանսավորմամբ և կառուցվածքներով համակարգում:

Առողջապահական գրագիտությունը մարդու իրավունքների սկզբունքներն առողջապահական ցուցանիշների հետ կապող օղակն է: Երբ Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններն անհատներին հնարավորություն են ընձեռում ստանալու, հասկանալու, գնահատելու և կիրառելու առողջապահության վերաբերյալ տեղեկությունները, նրանք անում են ավելին, քան կլինիկական ցուցանիշների բարելավումը. նրանք պաշտպանում են մարդու արժանապատվությունը, նպաստում են սոցիալական արդարությանը և ձևավորում են դիմակայուն հասարակություն:

Ապացույցներն անհերքելի են. Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններում խոցելի իրավիճակներում գտնվող մարդիկ բախվում են առողջապահական գրագիտության ոլորտում խարանավորմամբ և խտրականությամբ արմատացած համակարգային խոչընդոտների: Այս խոչընդոտները խախտում են մարդու իրավունքների գործող պարտավորությունները և առաջացնում զգալի առողջական, տնտեսական և սոցիալական ծախսեր: Այնուհանդերձ, այս մարտահրավերը նաև հնարավորություններ է ընձեռում:

Սույն զեկույցում նախանշված կառավարման օրակարգի ընդունմամբ, ինչպես օրինակ՝ քաղաքականության հետ կապված պարտավորությունների սահմանմամբ, առողջապահական գրագիտության իրավունքահեն սկզբունքների գործնական կիրառմամբ, խարանավորման վերացմամբ, կազմակերպությունների վերափոխմամբ, միջոլորտային գործընկերությունների ստեղծմամբ և ապացուցողական բազայում ներդրմամբ Եվրոպայի խորհուրդը կարող է առաջնորդել փոխակերպական անցումը, որի արդյունքում անդամ պետությունները կարող են միջին վիճակագրական բնակչության համար նախատեսված համակարգերից անցում կատարել դեպի հավասարությանը միտված համակարգեր:

Եվրոպայի խորհրդի 46 անդամ պետությունները ներկայացնում են ավելի քան 700 միլիոն բնակչության: Առողջապահական գրագիտության կառավարման վերաբերյալ կայացվող որոշումներով կորոշվի, թե արդյոք այդ հարյուր միլիոնավոր մարդիկ, մասնավորապես՝ նրանց ամենախոցելի խմբերը, կկարողանան արդյունավետորեն իրացնել իրենց առողջության պաշտպանության հիմնարար իրավունքը: Սա պարզապես քաղաքականության ընտրություն չէ: Սա բարոյական հրամայական է, որով սահմանվում է, թե ինչպիսի հասարակություն են կառավարությունները ձգտում ձևավորել. հասարակություն, որտեղ առողջության հետ կապված իրավունքները կախված չեն առողջապահական գրագիտությունից, գրագիտությունից, լեզվից, ինքնությունից կամ սոցիալական դիրքից, այլ իսկապես համընդհանուր են թե՛ սկզբունքորեն, թե՛ գործնական առումներով: Եվրոպայի խորհրդի «Կենսաբժշկության և առողջապահության ոլորտներում մարդու իրավունքների պաշտպանության ռազմավարական ծրագիր: Կենսաբժշկության և առողջապահության ոլորտներում մարդու իրավունքներին կենտրոնական դեր հատկացնելը» 2026-2028 թվականների ծրագիրը ներառում է առողջապահական գրագիտության զարգացման նպատակ, որը կարող է օգնել հարթելու ճանապարհ⁵¹:

Գործելու ժամանակն այսօր է: Քաղաքականության շրջանակը գործում է: Ապացուցողական բազան հստակ է: Պարզապես անհրաժեշտ է քաղաքական կամք և համակարգված իրականացում այնպիսի հասարակություններ ձևավորելու համար, որտեղ առողջապահական գրագիտությունը հզորացնում է յուրաքանչյուր անձի, խարանավորումն իր տեղը զիջում է արժանապատվությանը, և որտեղ մարդու իրավունքները ոչ թե ձգտումներ են, այլ կյանքի իրողություններ:

1. Սյորենսեն Բ., *Առողջապահական գրագիտությունը մարդու իրավունքներին առնչվող մրահողից խնդիրներից է: Առողջապահական գրագիտության առնչվող մարտահրավերների և մարդու իրավունքների ոլորտում կարիքների գնահատում և բացերի վերլուծություն:* <https://rm.coe.int/expert-report-on-health-literacy-sorensen-2024/1680b2a373> (2024թ.):
2. M-POHL (ԱՀԿ գործողությունների ցանց բնակչության և կազմակերպությունների առողջապահական գրագիտության գնահատման համար): *M-POHL-ի 2019-2021 թվականների բնակչության առողջապահական գրագիտության եվրոպական հետազոտության (ԱԳՀ19)* մեթոդաբանության, արդյունքների և առաջարկությունների վերաբերյալ միջազգային զեկույց: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf> (2021թ.):
3. Եվրոպական սոցիալական խարտիա: <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/about-the-charter>:
4. Եվրոպայի խորհուրդ: Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիա: www.conventions.coe.int:
5. «Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին» Օվիեդոյի կոնվենցիա եւ դրա արձանագրությունները: <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention>:
6. Շեֆեր. Դ. և այլք: Առողջապահական գրագիտությունը Գերմանիայում. ներկայացուցչական լրացուցիչ հետազոտության արդյունքներ: *Գերմ. բժշկ. միջազգ. ամս.* էջ 118, 723 (2021թ.):
7. Հոլստ Լ., Վիկտոր Ա., Բրաբերս Ա., Ռադեմակերս Յ. և դե Յոնգ Յ.Դ., Առողջության ապահովագրության ոլորտում գրագիտությունը Նիդերլանդներում. Միացյալ Նահանգների Առողջության ապահովագրության ոլորտում գրագիտության գնահատման գործիքի (ԱԱԳԳ) թարգմանությունը և վավերացումը: *Գիտության հանրային գրադարան (PLOS)* Մեկ, հատոր 17, e0273996 (2022թ.):
8. Մարկոցի Բ. և այլք: Իտալիայի բնակչության առողջապահական գրագիտությունը, կենսակերպը և սոցիալ-տնտեսական գործոնները. ազգային հետազոտություն: *Հանրային առողջության եվրոպական ամսագիր*, հատոր 33, ckd160.530 (2023թ.):
9. Մարմոտ Մ. և Բել Ռ., Արդար հասարակություն, առողջ կյանքեր: *Հանրային առողջապահություն*, հատոր 126, լրացում 1, էջ S4 (2012թ.):
10. Նաթթիմ Դ. և Լոյդ Ջ. Է., Առողջապահական գրագիտությունը՝ որպես առողջության սոցիալական դետերմինանտ հասկանալը և դրան արձագանքելը: *Հանրային առողջության փարեկան ակնարկ, Հանրային առողջության փար. ակն.*, հ. 42, 2020 թվական (2025թ.):
11. Սյորենսեն Բ. և այլք, Առողջապահական գրագիտության համակարգային կարողությունների զարգացում. առողջապահության տեսանկյունից գրագետ համակարգերի շրջանակ: *Հելթ Փրըմոշն Ինթ.* 36, i13-i23 (2021թ.):

12. Ֆրիդման Ս. Ռ. և այլք, Խարանավորման համակարգը. Ինչպես են սոցիալ-քաղաքական գերիշխանությունը, քաղության նոխազ դարձնելը և խարանավորումը ձևավորում հանրային առողջությունը: *Համայնքային հոգեբանության ամսագիր*, հատոր 50, էջ 385 (2021թ.):
13. Լինք Բ. Ջ. և Ֆելան Ջ. Ք., Խարանավորման հայեցակարգումը, *Սոցիոլոգիայի տարեկան ակնարկ*, հատոր 27, էջ 363-385 (2001թ.):
14. Պեսկոսոլիո Բ. Ա. և Մարտին Ջ. Ք., *Խարանավորման բարդությունը: Սոցիոլոգիայի տարեկան ակնարկ*, հատոր 41, էջ 87-116 (2015թ.):
15. Օրթոթոսկի Մ. և այլք, Սոցիալական բազմազանությունը և առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը Եվրոպայում. Ինչպե՞ս է Եվրոպական միության օրենսդրությունը կանխում առողջապահության խտրականությունը *ԲիէմՍի փարլիկ հեյթ*, հատոր 20 (2020թ.):
16. Էքսլե Ն., Վալդման Թ., Շտայգեր Թ., Սյու Ջ. Ց. և Ռուշ Ն., Հոգեկան հիվանդության խարանավորումը և ինքնասպանություն գործելու հակումը. Հանրության և անհատի խարանավորման դերը: *Համաճարակաբանություն և հոգեբուժություն*, հ. 27, էջ 169-175 (2018թ.):
17. Սյորենսեն Ք. և այլք, Երկարաժամկետ տեսլական՝ սոցիալական մոբիլիզացման, առողջապահական գրագիտության, մոլորակի առողջության և տնտեսական բարեկեցության հիման վրա կայուն եվրոպական առողջապահական էկոհամակարգի համար: *Հյուսիսային երկրների՝ բարեկեցության և կայուն բարօրության ամսագիր* (2026թ.):
18. Սյորենսեն Ք. և այլք, Առողջապահական գրագիտությունը Եվրոպայում. Եվրոպական առողջապահական գրագիտության հետազոտության (ԵՄ-ԵԱԳ) համեմատական արդյունքները: *Հանրային առողջության եվրոպական ամսագիր*, հատոր 25, էջ 1053-1058 (2015թ.):
19. Էկոնոմիստ իմփաքթ: *Առողջությունը հարստություն է բերում. Առողջապահության ներառականության տնտեսական ազդեցությունն Առողջապահության ներառականության ինդեքսի երրորդ փուլի արդյունքներից* (2025թ.):
20. Լևին-Ջամիր Դ. և այլք, HLS19-DIGI. թվային առողջապահական գրագիտության գնահատման նոր գործիք. մշակումը, վավերացումը և կապերը դետերմինանտների և 13 երկրներում առողջապահական ցուցանիշների հետ: *Հանրային առողջապահության առաջադար ուղղություններ*, հատոր 13 (2025թ.):
21. Եվրոպական միության հիմնարար իրավունքների գործակալություն: *Գնչուական ռոմա և իդանդական գնչուների համայնքների իրավունքները 13 եվրոպական երկրներում. Գնչուական ռոմա համայնքի 2024 թվականի հետազոտությունից ստացված դիտարկումներ* (2024թ.), թվային օբյեկտի նույնականացուցիչ՝ 10.2811/5671307:
22. Հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություն մատուցողների եվրոպական ասոցիացիա: ԵՄ-

ում առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար. Ուսումնասիրություն ու մեկնաբանություն (2019թ.):

23. Պակարի Լ. և Օկան Օ.: ՔՈՎԻԴ-19. առողջապահական գրագիտությունը թերագնահատված խնդիր է: «Լանցեթ» *հանրային առողջապահական ամսագիր*, հատոր 5, էլեկտրոնային էջ 249-250 (2020թ.):

24. Սոցիալական իրավունքների եվրոպական կոմիտե: *Համավարակի ժամանակ առողջության պաշտպանության իրավունքի մասին մեկնաբանական հայտարարություն*: www.coe.int/SocialCharter (2020թ.):

25. Սյորենսեն Ք. և այլք: Առողջապահական գրագիտություն և հանրային առողջություն. Սահմանումների և մոդելների պարբերական վերանայում և ինտեգրում: ԲիէմՍի փաթեթը հեղթ, հատոր 12, էջ 1-13 (2012թ.):

26. Նաթթիմ Դ., Առողջապահական գրագիտությունը որպես հանրային առողջության նպատակ. 21-րդ դարում առողջապահական կրթության և հաղորդակցության ժամանակակից ռազմավարությունների առջև ծառացած մարտահրավեր, *Հեղթ Փրըմոշն ինթերնեշնլ*, հատոր 15, էջ 259-267 (2000թ.):

27. Նաթթիմ Դ., Առողջապահական գրագիտության զարգացող հասկացությունը: *Հասարակագիտություն և բժշկություն*, հատոր 67, էջ 2072-2078, (2008թ.):

28. Բրեչ Ս. և այլք, Առողջապահության տեսանկյունից գրագետ կազմակերպության բնորոշ հատկանիշները: *Բժշկության ազգային ակադեմիայի դիրքորոշումներ*, հատոր 2, (2012թ.):

29. Եվրոպայի խորհուրդ: *Առողջապահական գրագիտության ուղեցույց*: <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/guide-to-health-literacy> (2023թ.):

30. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն: *Առողջապահական գրագիտության ազգային քաղաքականության գործողությունների ծրագրերի՝ որպես դեպի առողջապահական գրագետ համակարգեր փոփոխության գործիքի ինտեգրացիվ վերանայում* (2025թ.):

31. ԵվրոՀեղթՆեթ և Առողջության հավասարության վերլուծական կենտրոն (CHAIN): *Առողջության ոլորտում սոցիալական անհավասարությունները ԵՄ-ում*: <https://eurohealthnet.eu/publication/social-inequalities-in-health-in-the-eu/> (2025թ.):

32. Ստաֆորդ Ա. և Վուդ Լ., *Անօթևան անձանց առողջական անհավասարությունների հաղթահարում*. սկսեք սոցիալական դեպրեմիանսներին: *Բնապահական հեղազոտությունների և հանրային առողջապահության միջազգային ամսագիր*, հատոր 14 (2017թ.):

33. Միավորված ազգերի կազմակերպության Մարդու իրավունքների գերագույն հանձնակատարի գրասենյակ: *Անկանոն իրավիճակում գտնվող միգրանտների տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքները*: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_en.pdf (2014թ.):

34. Բրետ Ք. Է., Մադդեն Հ., Թիլբրուք Դ. և Հոուսի Վ. Դ., ԼԳԲՏԲ+ բնակչության շրջանում

համախմբվածության զգացումը և սալուտոգենեզը: *Հեյթ Փրըմոշն Ինթերնեշնլ*, հատոր 40, (2025թ.):

35. Ալվեշ դա Կոշտա Ֆ. և այլք: ԱՀԿ-ի բանտային առողջապահության մեխանիզմը. Բանտային առողջապահական համակարգի գնահատման մեխանիզմ: *Հանրային առողջության եվրոպական ամսագիր*, հայտոր 32, էջ 565-570 (2022թ.):

36. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն: 2021-2023 թվականների ընթացիկ զեկույց Միավորված ազգերի կազմակերպության առողջ ծերացման տասնամյակի շրջանակներում: *Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն*, էջ 1-61 (2023թ.):

37. Միավորված ազգերի կազմակերպության Մարդու իրավունքների գերագույն հանձնակատարի գրասենյակ: *Զեկույց երիտասարդների և մարդու իրավունքների վերաբերյալ*: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-youth-and-human-rights> (2018թ.):

38. Շտանգլ Ա. Լ. և այլք, Առողջապահության ոլորտում խարանավորման և խտրականության հայեցակարգային շրջանակը. Համընդհանուր, համալիր հայեցակարգային շրջանակ, որն ուղղված է առողջության հետ կապված խարանների հետազոտությանը, միջամտությունների և քաղաքականության մշակմանը: *ՔիէմՍի մեդ*, հայտոր 17 (2019թ.):

39. Միավորված ազգերի կազմակերպություն: Գնչուական ոռմա համայնքի ինտեգրման տասնամյակ. Ռասայական խտրականության հաղթահարում զարգացման միջոցով | Միավորված ազգերի կազմակերպություն: <https://www.un.org/en/chronicle/article/decade-roma-inclusion-addressing-racial-discrimination-through-development> (2007թ.):

40. Դեվելտերե Պ., Տվյալների հավաքման համակարգերը և անօթևանությունը ԵՄ-ում. Ակնարկ: *Անօթևանության մասին եվրոպական ամսագիր*, հատոր 16, 207-28 (2022թ.):

41. Ռայլի Ջ., Հո Ի. և Վիլիամսոն Ա.: Անօթևան մնացած անձանց առողջության վրա խարանավորման ազդեցության համակարգված վերանայում: *Առողջապահություն և սոցիալական խնամք համայնքներում*, հատոր 30, էջ 2128-2141 (2022թ.):

42. Ռաթման Կ., Վոկերտ Տ., Վեցել Լ.Դ., Լուց Դ. և Դադաչինսկի Կ.: Կազմակերպչական առողջապահական գրագիտությունը հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված հաստատություններում. Որակական և քանակական հետազոտական ուսումնասիրության առաջին արդյունքները: *Բնապահպանական հեղազոտությունների և հանրային առողջապահության միջազգային ամսագիր*, հատոր 17 (2020թ.):

43. Լատեկ Ա. Դ. և Բրուլանդ Դ., Մտավոր հաշմանդամություն ունեցող անձանց ներառումն առողջապահական գրագիտության շրջանակներում. Ապագա նախաձեռնությունների համար երեք մասնակցային նախագծերից քաղված դասերը: *Բնապահպանական հեղազոտությունների և հանրային*

առողջապահության միջազգային ամսագիր, հատոր 17 (2020թ.):

44. Ուորդ Մ., Կրիստիանսեն Մ. և Սյորենսեն Ք., Միգրանտների առողջապահական գրագիտությունը եվրոպական միությունում. Գրականության պարբերական ուսումնասիրություն: *Առողջապահական կրթության ամսագիր*, հատոր 78, էջ 81-95 (2015թ.):

45. Լոխմանովա Ա.: Առողջապահական գրագիտությունը «ճաղերի հետևում». բանտարկման թաքնված թեղը: *Սոցիոլոգիա (Սլովակիա)*, հատոր 57, էջ 124-153 (2025թ.):

46. Զիլ Ս. Վ. և այլք: Առողջապահական գրագիտության լուծումների համատեղ մշակման կիրառումն Ավստրալիայի բանտերում. Առողջապահական գրագիտության և հասանելիություն օպտիմալացման (ՕՖելիա) գործընթացի՝ ամբողջ համակարգի մասշտաբով կիրառման արձանագրություն, ԲիէմՋի Օփըն, հատոր 15, e092128 (2025թ.):

47. Սվիֆթ Հ. Զ., Աբրամս Դ., Լամոնտ Ռ. Ա. և Դրուրի Լ.: Տարիքային խտրականության մոդելի հետ կապված ռիսկերը. Ինչպե՞ս կարող են տարիքային խտրականությունը և տարիքի նկատմամբ բացասական վերաբերմունքը խոչընդոտել ակտիվ ծերացումը: *Սոցիալական խնդիրների և քաղաքականության վերանայում*, հատոր 11, էջ 195-231 (2017թ.):

48. Ալբրեխտ Տ. և այլք: Երիտասարդության մասնակցությունը հանրային առողջապահությանը. ներկայությունից մինչև ուժ: *Հանրային առողջության եվրոպական ամսագիր, հատոր 36, էջ 242-244 (2026թ.):*

49. Բոյոդեր Յ. և այլք: Առողջապահական գրագիտությունը մանկության և երիտասարդության տարիներին. Սահմանումների և մոդելների պարբերական վերանայում: *ԲիէմՍի փաթիլը հեյթ*, հատոր 17 (2017թ.):

50. Պատերսոն Դ., Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոտեցումները և առողջության իրավունքը. Գրականության պարբերական վերանայում: *Մարդու իրավունքների պրակտիկայի ամսագիր*, հատոր 16, էջ 603-623 (2024թ.):

51. Եվրոպայի խորհուրդ: *Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության ռազմավարական ծրագիր: Մարդու իրավունքներին կենտրոնական դեր հատկացնելը կենսաբժշկության և առողջապահության ոլորտներում* (2026-2030թթ.): <https://rm.coe.int/steering-committee-for-human-rights-in-the-fields-of-biomedicine-and-h/48802a98fd> (2026):

www.coe.int

Եվրոպայի խորհուրդը առաջատար իրավապաշտպան կազմակերպությունն է մայրցամաքում: Կազմակերպությանն անդամակցում է 46 պետություն, այդ թվում՝ Եվրոպական միության անդամ բոլոր պետությունները: Եվրոպայի խորհրդի բոլոր անդամ պետությունները միացել են Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիային, որը մարդու իրավունքների, ժողովրդավարության և իրավունքի գերակայության պաշտպանությանը միտված միջազգային պայմանագիր է: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը վերահսկում է Կոնվենցիայի իրագործումն անդամ պետություններում: