

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

დოქტორანტურის საგანმანათლებლო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

და ეპიდემიოლოგია

გვანცა გულიაშვილი

ქალის განათლების გავლენის შეფასება საშვილოსნოს ყელის კიბოს

სკრინინგის ეფექტურობაზე საქართველოში

მედიცინის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

დისერტაცია

ხელმძღვანელები: პროფესორი ნატა ყაზახაშვილი
მედიცინის აკადემიური დოქტორი თამარ ალიბეგაშვილი

თბილისი

2023

აბსტრაქტი

„ქალის განათლების გავლენის შეფასება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტურობაზე საქართველოში“

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სყკ), წარმოადგენს ქალებში კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მეოთხე ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს მსოფლიოში.

სყკ-ს კიბოს სკრინინგის მიზანია ასიმპტომურ სამიზნე პოპულაციაში ადამიანთა იმ ჯგუფების გამოვლენა, რომელთაც კიბოს წინარე პათოლოგიები, ან კიბოს ადრეული სტადია აღენიშნებათ, მკურნალობის დროულად დასაწყებად და ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში მოსახლეობის ინფორმირებულობის დადგენა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ და სკრინინგით ქალთა მოცვის ბარიერების იდენტიფიკაცია - სკრინინგის ეფექტურობის ასამაღლებლად ადეკვატური ღონისძიებების დაგეგმვის და იმპლემენტაციის მიზნით.

კვლევას საფუძვლად დაედო 25-დან 60 წლამდე ასაკის(საშუალო ასაკი 42.11+12.17)582 ქალის გამოკითხვის შედეგები.

რესპოდენტების შერჩევა მოხდა ამბულატორიებში (არასკრინინგულ დაწესებულებაში).რანდომიზაციით შეირჩა თბილისის 4 ამბულატორია (თითო ამბულატორია თბილისის თითო რაიონში), ასევე 4 რეგიონული ამბულატორია, ორი დასავლეთ საქართველოში, 2 აღმოსავლეთ საქართველოში.

კვლევის ინსტრუმენტს შეადგენდა კითხვარი, რომლის ვალიდაცია მოხდა 61 რესპოდენტზე.

შესწავლილ იქნა სყკ ცნობადობა, ინფორმაციის სახეები, ქალთა განათლებისა და დასაქმების კორელაციები ცნობადობასთან და სყკ-ს სკრინინგის ბარიერებთან.

დასკვნები:

1. შემუშავებული კითხვარი სეკ-ს სკრინინგის ცნობადობისა და ბარიერების შესახებ, ვალიდურია საქართველოს პოპულაციაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ბარიერებისა და ცნობადობის შესასწავლად;
2. საქართველოს პოპულაციაში სეკ-ს სკრინინგში მონაწილეობა დამოკიდებულია საცხოვრებელი ადგილზე, განათლების დონეზე, დასაქმების სახესა და ინფორმაციის წყაროზე;
3. სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეთა შორის სარწმუნოდ მაღალია სეკ-ს ცნობადობა;
4. სკრინინგში მონაწილეობის ფარდობით შანსს სარწმუნოდ ზრდის შემდეგი ფაქტორები: საცხოვრებელი ადგილი - თბილისი, უმაღლესი განათლება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღება სამედიცინო პერსონალისაგან და ტელევიზიისაგან. და პირიქით, სკრინინგში მონაწილეობის შანსს ამცირებს: არასრული საშუალო განათლება, ოჯახური მდგომარეობა - დაუქორწინებელი, საჯარო სამსახურში დასაქმება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მეგობრებისგან მიღება.
5. საქართველოს ქალთა მოსახლეობის სკრინინგში მონაწილეობის ძირითად ბარიერები ასოცირდება სკრინინგის რთულად ხელმისაწვდომობასთან, განათლების დაბალი დონესთან და ნაკლებ ინფორმირებულობასთან.
6. იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი, სეკ-ს სკრინინგის ბარიერები კორელირებს განათლების დონესთან, სეკ-ს შესახებ ინფორმაციის წყაროებთან და დასაქმების სახეობასთან ;
7. იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი, სეკ-ს სკრინინგის გავლის ბარიერების პროგნოზის განისაზღვრა შესაძლებელია დასაქმების სახეობის მიხედვით.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

სკრინინგგავლილ და სკრინინგგაუვლელ ჯგუფებს შორის საშვილოსნოს ყელის კიბოს და მისი მართვის თაობაზე ცოდნის აღნიშნული განსხვავება ადასტურებს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციის მიწოდების უფრო ქმედითი ფორმების მოძიების აუცილებლობას და ამასთანავე, საზოგადოების სამედიცინო/ჯანდაცვითი განათლების ხარისხის ამაღლებას.

საქართველოში, აღნიშნულ პროცესში აქტიურად შეიძლება იქნას გამოყენებული სამედიცინო საზოგადოების თანამშრომლობა მასმედიასთან და სოციალურ ქსელებთან, მით უფრო, რომ ჩვენი კვლევითაც დასტურდება, რომ რადიო-ტელევიზიით მოსმენილი ინფორმაცია და ექიმის მიერ მიღებული განმარტება სკრინინგის საჭიროების შესახებ, ყველაზე დამაჯერებელია რესპოდენტებისათვის, რომლებიც, საზოგადოდ, ყველაზე ხშირად ინფორმაციას იღებენ სწორედ ციფრული მედიის (სოციალური ქსელები) და რადიო-ტელევიზიის საშუალებით. ვფიქრობთ, რომ სამედიცინო საზოგადოების და, განსაკუთრებით სეკ-ს სკრინინგთან დაკავშირებული მაღალი კლასის სპეციალისტების „ტელე-კომუნიკაცია“ ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სერვისებისადმი საზოგადოების ნდობის ამაღლებას (რისი დეფიციტიც აღინიშნება, მათ შორის უმაღლესი განათლების მქონე პირებშიც, რომლებიც, ზოგადად, სკრინინგში ჩართვისათვის მეტ ბარიერს ასახელებენ, უმაღლესი განათლების არმქონე ქალებთან შედარებით) და სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებული ტკივილის შიშის (უსაფუძვლო შიშის) და ასევე, სკრინინგულ დიაგნოზთან დაკავშირებული სტიგმის (უსაფუძვლო სტიგმის) ნიველირებას.

ასეთი კომუნიკაცია ასევე ხელს შეუწყობს ისეთი მცდარი წარმოდგენების გაქარწყლებას, როგორებიცაა: პაპ ტესტის ჩატარების საჭიროება მხოლოდ აქტიური სქესობრივი ცხოვრებით (განსაკუთრებით მრავალ პარტნიორთან) მცხოვრები ქალებისათვის, ან მათთვის, ვისაც ბევრი შვილი ყავს, ან აღენიშნებათ ჩივილები სასქესო ორგანოების მხრივ (ასეთ მოსაზრებებს სარწმუნოდ უფრო ხშირად ემხრობიან უმაღლესი განათლების არმქონე ქალები).

კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანი უნდა იყოს პოლიტიკის შემქმნელებისთვის და მათი საერთაშორისო თუ ადგილობრივი პარტნიორებისთვის (სახელმწიფო ინსტიტუციებისათვის და არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის), რათა ერთობლივად იმუშაონ საქართველოში გამოვლენილი სეკ-ს სკრინინგის ბარიერების აღმოსაფხვრელად.

საკვანძო სიტყვები: საშვილოსნოს ყელის კიბო, ცნობადობა, რისკის ფაქტორები.

Abstract

"Assessing the impact of women's education on the effectiveness of cervical cancer screening in Georgia"

Cervical cancer (cervical cancer) is the fourth leading cause of cancer incidence and mortality in women worldwide.

The goal of SCLC cancer screening is to identify those groups of people in the asymptomatic target population who have pre-cancerous pathologies or early stages of cancer, in order to start treatment in time and reduce morbidity and mortality.

The aim of the study is to determine the awareness of the population in Georgia about cervical cancer and to identify the barriers of screening for women - in order to plan and implement adequate measures to increase the effectiveness of screening.

The research was based on the results of a survey of 582 women aged 25 to 60 (average age 42.11+12.17).

Respondents were selected in outpatient clinics (in a non-screening institution). 4 outpatient clinics in Tbilisi (each outpatient clinic in one district of Tbilisi), as well as 4 regional outpatient clinics, two in Western Georgia, 2 in Eastern Georgia, were selected by randomization.

The research tool was a questionnaire, which was validated on 61 respondents.

Awareness of STIs, types of information, correlations of women's education and employment with awareness and barriers to STI screening were examined.

Conclusions:

1. The developed questionnaire about the awareness and barriers of cervical cancer screening is valid for studying the barriers and awareness of cervical cancer in the population of Georgia;
2. Participation in the screening of STDs in the population of Georgia depends on the place of residence, level of education, type of employment and source of information;
3. Among the participants in the screening program, the awareness of SCC is quite high;
4. The following factors reliably increase the relative chance of participation in screening: place of residence - Tbilisi, higher education, receiving information related to screening from medical personnel and television. And on the contrary, the chances of participating in screening are reduced by: incomplete secondary education, marital status - unmarried, employment in public service, receiving information related to screening from friends.

5. The main barriers to participation in screening of the Georgian female population are associated with difficult access to screening, low level of education and lack of awareness.
6. Among women who have not been screened, the barriers to screening for STDs correlate with the level of education, sources of information about STDs, and type of employment;
7. Among women who were not screened, barriers to STI screening could be predicted by type of employment.

Practical recommendations

This difference in knowledge about cervical cancer and its management between screened and unscreened groups confirms the need to find more effective forms of providing information on screening and, at the same time, to improve the quality of public medical/health education.

In Georgia, the cooperation of the medical community with the mass media and social networks can be actively used in the mentioned process, especially since our research proves that the information heard on radio and television and the explanation received by the doctor about the need for screening are the most convincing for the respondents, who, in general, most often receive information. They receive it through digital media (social networks) and radio-television. We think that the "tele-communication" of the medical community and, especially, of high-class specialists related to CSC screening will help to increase the public's trust in health services (which is lacking, including among people with higher education, who, in general, indicate more barriers to engaging in screening, compared to women without higher education) and the leveling of the fear of pain (unfounded fear) associated with participation in screening, as well as the stigma (unfounded stigma) associated with the screening diagnosis.

Such communication will also help dispel misconceptions such as the need for a Pap test only for women with an active sex life (especially with multiple partners), or those who have many children or have genital complaints (such opinions are more likely to be supported by higher uneducated women).

The results of the study should be important for policy makers and their international or local partners (government institutions and non-governmental organizations) to work together to eliminate the barriers to screening for STDs in Georgia.

Key words: cervical cancer, awareness, risk factors.

შინაარსი	
აბსტრაქტი	I
Abstract	IV
შინაარსი	VI
ცხრილების ჩამონათვალი	VII
დიაგრამების ჩამონათვალი	IX
აბრევიატურების ჩამონათვალი.....	X
1.შესავალი	1
2. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	8
3.მასალა და მეთოდები.....	39
4.საკუთარი კვლევის შედეგები	
4.1. სეკ-ს რინინგის სიტუაციური ანალიზი საქართველოში.....	48
4.2. საკუთარი მასალის დახასიათება.....	54
4.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ კითხვარის ვალიდაცია.....	57
4.4. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მახასიათებლების შეფასება.....	69
თავი 4.5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ინფორმირებულების/ცოდნის გავლენა სკრინინგზე.....	73
4.6. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ინფორმირებულება განათლების და დასაქმების მიხედვით.....	78
4.7. კავშირი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციასა და დასაქმების სახეობას შორის.....	83
4.8. სკრინინგის ბარიერების პროგნოზული მოდელი დასაქმების მიხედვით... ..	90
4.9.კვლევის შედეგების ანალიზი.....	96
V.დასკვნები	101
პრაქტიკული რეკომენდაციები.....	102
VI.გამოყენებული ლიტერატურა - ბიბლიოგრაფია.....	104
გამოქვეყნებული ნაშრომების სია.....	120

ცხრილების ჩამონათვალი

	ცხრილის დასახელება	გვერდი
1.	ცხრილი 2.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები, საქართველო, 2014- 2018	19
2.	ცხრილი 3.1. ანკეტა-კითხვარი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნობადობის შესახებ	40
3.	ცხრილი 4.1.1. სკკ-ს სკრინინგის მიმდინარეობა საქართველოში	48
4.	ცხრილი 4.3.1. პილოტირებაში მონაწილე ქალების დემოგრაფიული მახასიათებლები	57
5.	ცხრილი 4.3.2. თანხმობის კოეფიციენტი და მისი ვარიაბელობა	59
6.	ცხრილი 4.4.1. სკრინინგ გავლილი და გაუვლელი რესპოდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლების შედარებითი ანალიზი	69
7.	ცხრილი 4.4.2. სკრინინგ გავლილი და გაუვლელი რესპოდენტების განაწილება სკკ-ს სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის წყაროს მიხედვით	70
8.	ცხრილი 4.5.1. სკრინინგის ჩატარების სიხშირის შეფასება საქართველოს პოპულაციაში რესპოდენტთა ინფორმირებულობის მიხედვით	73
9.	ცხრილი 4.5.2. რისკის ცნობადობის განაწილება სკრინინგის ჩატარების მიხედვით	74
10.	ცხრილი 4.6.3. სკრინინგის ბარიერების შეფასება უმაღლესი განათლების მქონე და არმქონე სკრინინგგაუვლელ ქალებში	80
11.	ცხრილი 4.7.1. კორელაცია სკრინინგის ბარიერებსა დასაქმების სახესთან	84
12.	ცხრილი 4.8.1. ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელი, რომელიც პროგნოზირებს რესპოდენტთა ბარიერებს სკრინინგისთვის.	89

დიაგრამების ჩამონათვალი

	დიაგრამის დასახელება	გვერდი
1.	დიაგრამა 4.1.1. მიზნობრივი პოპულაციის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები საქართველოში	53
2.	დიაგრამა 4.1.2. მოსახლეობის ჩართულობა სკრინინგში რეგიონების მიხედვით	54
3.	დიაგრამა. 4.2.1. განაწილება სკრინინგის მიხედვით(%)	54
4.	დიაგრამა. 4.2.2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეთა ასაკობრივი განაწილება (%)	55
5.	დიაგრამა. 4.2.3. განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით	55
6.	დიაგრამა. 4.2.4. განაწილება განათლების მიხედვით	56
7.	დიაგრამა. 4.2. 5. განაწილება დასაქმების მიხედვით	56
8.	დიაგრამა. 4.3.3.1 სკრინინგის ჩატარებაზე მოქმედ პროგნოზულ დემოგრაფიულ და საინფორმაციო წყაროების მახასიათებელთა ფარდობითი შანსი	71
9.	დიაგრამა 4.6.1. სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერების განაწილება ქალებში, რომლებიც არ მონაწილეობენ სკრინინგულ პროგრამაში	79
10.	დიაგრამა. 4.7.1. განაწილება ინფორმაციის მიღების ხერხების შესახებ დასაქმების მიხედვით	83

აბრევიატურების ჩამონათვალი

სკყ - საშვილოსნოს ყელის კიბო
HPV - ადამიანის პაპილომა ვირუსი (human papillomavirus)
PAP ტესტი -საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიების ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის ტესტი დაფუძნებული პაპანიკოლაუს მეთოდზე
WHO ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (World Health Organization)
OR - ფარდობითი შანსი
CI- სარწმუნობის ინტერვალი (confidence interval)

I. შესავალი

აქტუალობა:

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სყკ), წარმოადგენს ქალებში კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მეოთხე ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს მსოფლიოში. იგი დღემდე რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად. 2020 წელს სყკ განუვითარდა 604 000 ქალს და გარდაიცვალა 342 000 ქალი (14,168). საშვილოსნოს ყელის კიბო მიეკუთვნება საქართველოში ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ხუთ ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაციას(6) და მისი ავადობა საქართველოში 2021 წელს შეადგენდა 281-ს (ყველა რეგისტრირებული ახალი შემთხვევების 6%) (1).

კიბოს სკრინინგის მიზანია ასიმპტომურ სამიზნე პოპულაციაში ადამიანთა იმ ჯგუფების გამოვლენა, რომელთაც კიბოს წინარე პათოლოგიები, ან კიბოს ადრეული სტადია აღენიშნებათ, მკურნალობის დროულად დასაწყებად და ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად. კიბოს სკრინინგის პროგრამას შეუძლია დაავადების გავრცელების საერთო მაჩვენებლის ან/და სიკვდილიანობის $\leq 80\%$ - ით შემცირებაში მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა, რაც მხოლოდ კარგად ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამებით მიიღწევა, რომელიც სამიზნე მოსახლეობის 70%-ს ან მეტს მოიცავს და რომელიც აღჭურვილი იქნება პროგრამის ყველა ასპექტის მომცველი ფართომასშტაბიანი ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი ეტიოლოგიური აგენტია მაღალი რისკის პაპილომავირუსი. ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) მსოფლიოში ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ვირუსული ინფექციაა(15) მუდმივი HPV ინფექცია მაღალი რისკის ონკოგენური გენოტიპით, ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროგრესირებას(82). აღმოჩნდა, რომ პაპილომავირუსების ყველაზე ხშირი ტიპებია HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 და 58. ამასთან, სხვადასხვა ტიპის პაპილომავირუსის პრევალენტობა განსხვავებულია რეგიონების მიხედვით. მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებულია ორი ტიპი - HPV 16

და 18. მათთან დაკავშირებულია გლობალურად გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70%(131).

ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ვირუსის ორივე გენოტიპით (16, 18) გამოწვეული ინფიცირების 95%-ის პრევენცია(44). აღინიშნება HPV16, HPV18 და HPV16/18 გენოტიპების პრევალენტობის შემცირება ბივალენტური ვაქცინის გამოყენებისას, არასასურველი ეფექტების მომატების გარეშე. ასევე ტეტრავალენტურ ვაქცინასთან დაკავშირებით, აღმოჩნდა HPV6, HPV11, HPV16 და HPV18 გენოტიპების პრევალენტობის შემცირება პლაცებოსთან შედარებით, უარყოფითი ეფექტების გაზრდის გარეშე(71).

ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით (აპვ(HPV)) ვაქცინაცია შეტანილია საქართველოს პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარში.

2018 წლის 19 მაისს, ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა გამოაქვეყნა გლობალური მოწოდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის აღმოსაფხვრელად, რასაც დასჭირდება ვაქცინაციითა და სკრინინგით მოსახლეობის ფართო მოცვა და კიბოსა და კიბოსწინარე მდგომარეობის მასშტაბური მკურნალობა. ჯანმოს ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის პროექტი ითვალისწინებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემცირებულ მაჩვენებელს - ოთხი ან ნაკლები შემთხვევა 100000 ქალზე 1 წლის განმავლობაში(169).

181 ქვეყანაში ჩატარებულმა სამოდელო კვლევამ აჩვენა, რომ როგორც HPV ვაქცინაციის, ასევე *სკვ-ს* სკრინინგის ფართოდ დანერგვის შედეგად, შეიძლება 2020 წლიდან 2070 წლამდე პერიოდში მიღწეულ იქნას *სკვ-ს* 12.5-დან-13.4 მილიონამდე ახალი შემთხვევის თავიდან აცილება და საუკუნის ბოლოსთვის ამ დაავადების თითქმის სრული აღმოფხვრა უმეტეს ქვეყნებში (145).

ცხადია, ასეთი გეგმის რეალიზაციისათვის მნიშვნელოვანია იდენტიფიცირებულ და აღმოფხვრილ იქნას ყველა ის ფაქტორი, რომლებიც ბარიერებს უქმნის სკრინინგით საყოველთაო მოცვის პროცესს.

აღსანიშნავია, რომ *სკვ-ს* სკრინინგის მიმართ ბარიერების არსებობა დასტურდება როგორც განვითარებად, ასევე განვითარებულ ქვეყნებში. ამასთანავე,

ორივე კატეგორიის ქვეყნებში ბარიერების ნაწილი იდენტურია, ნაწილი კი განსხვავებული.

ასე, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში მცხოვრები 25-64 წლის ასაკის 18000 ქალის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ სყკ-ს სკრინინგისბარიერებად ყველაზე ხშირად მიჩნეული იყო უშუალოდ სკრინინგის პროცედურებით გამოწვეული ტკივილი/დისკომფორტი და უხერხულობა, ასევე სამიზნე კონტინგენტის დროის უქონლობა (60).

კანადაში, ემიგრანტ ქალებს შორის ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ სკრინინგის ყველაზე გავრცელებულ ბარიერებს მიეკუთვნებოდა საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობა ჯანდაცვის საკითხებში, დაბალი შემოსავალი, სკრინინგის პროცესში მამაკაც ექიმებთან დაკავშირებული უხერხულობის განცდა და ეფექტური კომუნიკაციის ნაკლებობა ექიმსა და პაციენტს შორის(169).

ამასთანავე, საინტერესოა, რომ ემიგრანტებისაგან განსხვავებით, კანადის ძირითადი მოსახლეობა ბარიერებად მიიჩნევდა პაპ ტესტის ინვაზიურობას (20-24 წწ ასაკის ქალებში) (23) და სკრინინგის ოპორტუნისტულ ხასიათს (ასაკოვან ქალებში) (162, 98).

ასე, მაგალითად, ირანელ ქალთა გამოკითხვამ აჩვენა მათი შეზღუდული და არასწორი ცოდნა სყკ-ს და მისი სკრინინგის შესახებ, რასაც ემატებოდა მცდარი წარმოდგენები ინფექციისა და კიბოს პრევენციის თაობაზე. სყკ-ს რისკის დაბალი აღქმა გამოწვეული იყო მემკვიდრეობითი ფაქტორების როლის გადაჭარბებული შეფასებით და ხილული სიმპტომების არარსებობით (158).

კენიელი, უგანდელი, ნიგერიელი და ინდონეზიელი ქალებისათვის სკრინინგის ბარიერები მეტ-ნაკლებად იდენტური იყო და მოიცავდა: „რთულად ხელმისაწვდომობას (ტრანსპორტის და სკრინინგის ღირებულების გამო), მეუღლის უარყოფით დამოკიდებულებას, სტიგმას, უხერხულობასა და შიშს უშუალოდ სკრინინგის პროცედურის მიმართ, ტესტის დადებით შედეგებთან დაკავშირებულ შიშს, ცოდნის ნაკლებობას და რელიგიურ და კულტურულ შეხედულებებს (31, 24, 126, 138).

ამასთანავე, ნიგერიაში „ქორწინებაში ყოფნა“, „ასაკის მატება“, „ინფორმირებულობა სკრინინგის მეთოდების შესახებ“ და „ექიმის რეკომენდაცია“ -

წარმოადგენდა ქალების სკრინინგში მონაწილეობის დადასტურებულ ხელშემწყობ ფაქტორებს(128).

სერბეთში ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ ქალებში სკკ-ს სკრინინგის მიმართ ნეგატიური წარმოდგენების ჩამოყალიბებას ხელს უწყობდა სოციალური და პიროვნული ბარიერების ერთობლიობა. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი იყო მოსახლეობის არაადეკვატური განათლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში, პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების ნაკლებობა, არასწორი სოციალურ-კულტურული წარმოდგენები(113).

დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში იდენტიფიცირებული იქნა სკკ-ს სკრინინგში მონაწილეობის 22 ძირითადი ბარიერი, მათ შორის წამყვანია „დაბალი ინფორმირებულობა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და მისი მკურნალობის შესახებ“ (ცოდნისა და გაცნობიერების ნაკლებობის ბარიერი), "მიუღებლობა ან სიმორცხვე" (ფსიქოლოგიური ბარიერი), "დროის დეფიციტი" (სტრუქტურული ბარიერი) და "ოჯახის წევრების მხრიდან შეზღუდული მხარდაჭერა" (სოციალურ-კულტურული და რელიგიური ბარიერი) (50,42,105,80).

საქართველოში სკკ-ს 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი არ აღემატება 65%-ს(5). 2017 წელს დიაგნოსტირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევებისთვის 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 59.8%-ს შეადგენს.

2011 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს სკკ-ს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა 25-60 წლის ქალებისთვის; თუმცა მიზნობრივი პოპულაციის მოცვა ჯერ კიდევ შორს არის სასურველისაგან. ქვეყნის რეგიონებში მოცვის მაჩვენებელი ≈8%-ია, თბილისში კი-18%-ს აღწევს(101).

საქართველოში სკკ-ს სკრინინგი ეფუძნება პაპ ტესტს (ციტოლოგიურ კვლევას) და ხორციელდება არაორგანიზებული (ოპორტუნისტული) მოდელით, როდესაც ქალი თავისი სურვილით და გადაწყვეტილებით ერთვება სკრინინგის პროცესში. ასეთ დროს, სკრინინგით მოსახლეობის დაბალი მოცვა განპირობებული უნდა იყოს გარკვეული ბარიერებით, რომელთა გამოვლენა და გათვალისწინება მნიშვნელოვანია პროგრამის მენეჯმენტის სრულყოფისათვის.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში მოსახლეობის ინფორმირებულობის დადგენა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ და სკრინინგით ქალთა მოცვის ბარიერების იდენტიფიკაცია - სკრინინგის ეფექტურობის ასამაღლებლად ადეკვატური ღონისძიებების დაგეგმვის და იმპლემენტაციის მიზნით.

ამოცანები:

1. საქართველოს პოპულაციაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნობადობისა და სკრინინგის ბარიერების დასადგენად კითხვარის შემუშავება და ვალიდაცია;
2. სყკ-ს სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის სიხშირის დადგენა საცხოვრებელი ადგილის, განათლების დონის, დასაქმებისა და ინფორმაციის წყაროს მიხედვით;
3. სყკ-ს ცნობადობის შეფასება სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის მიხედვით.
4. სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის ფარდობითი შანსის განსაზღვრა საქართველოს პოპულაციაში.
5. სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების დადგენა საქართველოს პოპულაციაში.
6. სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების კავშირის განსაზღვრა განათლების დონესთან, სყკ-ს შესახებ ინფორმაციის წყაროებთან და დასაქმების სახეობასთან იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი;
7. სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების ფარდობითი შანსის შეფასება დასაქმების სახეობის მიხედვით იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი;

სამეცნიერო სიახლე:

პირველად საქართველოს პოპულაციაში

1. შემუშავდა კითხვარი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნობადობისა და სკრინინგის ბარიერების დასადგენად და მოხდა მისი ვალიდაცია;
2. დადგინდა სყკ-ს სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის კავშირი საცხოვრებელი ადგილთან, განათლების დონესთან, დასაქმების სახეობასთან და ინფორმაციის წყაროებთან;
3. მოხდა სყკ-ს ცნობადობის შეფასება სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის მიხედვით
4. განისაზღვრა სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის ფარდობითი შანსი.
5. დადგინდა სყკ-ს სკრინინგის ბარიერები.
6. განისაზღვრა სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების კავშირის განათლების დონესთან, სყკ-ს შესახებ ინფორმაციის წყაროებთან და დასაქმების სახეობასთან;
7. შეფასდა სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების ფარდობითი შანსი დასაქმების სახეობის მიხედვით;

პრაქტიკული ღირებულება:

კვლევის შედეგები ხელს შეუწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის მაჩვენებლის გაზრდას, სკრინინგული კვლევით მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესებას მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლების გზით და მონიტორინგის სისტემის სრულყოფას.

დისერტაციის შედეგების საფუძველზე მიღებული დასკვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციას და დროულ მკურნალობას.

პუბლიკაციები და აპრობაცია:

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 3 სამეცნიერო ნაშრომი, მათ შორის 1 უცხოურ რეცენზირებად, რეფერირებად, იმპაქტ ფაქტორიან ჟურნალში

სადისერტაციო ნაშრომის სტრუქტურა

ნაშრომი მოიცავს 119 გვერდს და შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, საკუთარი კვლევის შედეგები, მიღებული შედეგების ანალიზი, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები. გამოყენებული ლიტერატურის სია, რომელიც წარმოდგენილი 173 წყაროთი. შედეგები ასახულია 10 დიაგრამასა და 12 ცხრილში.

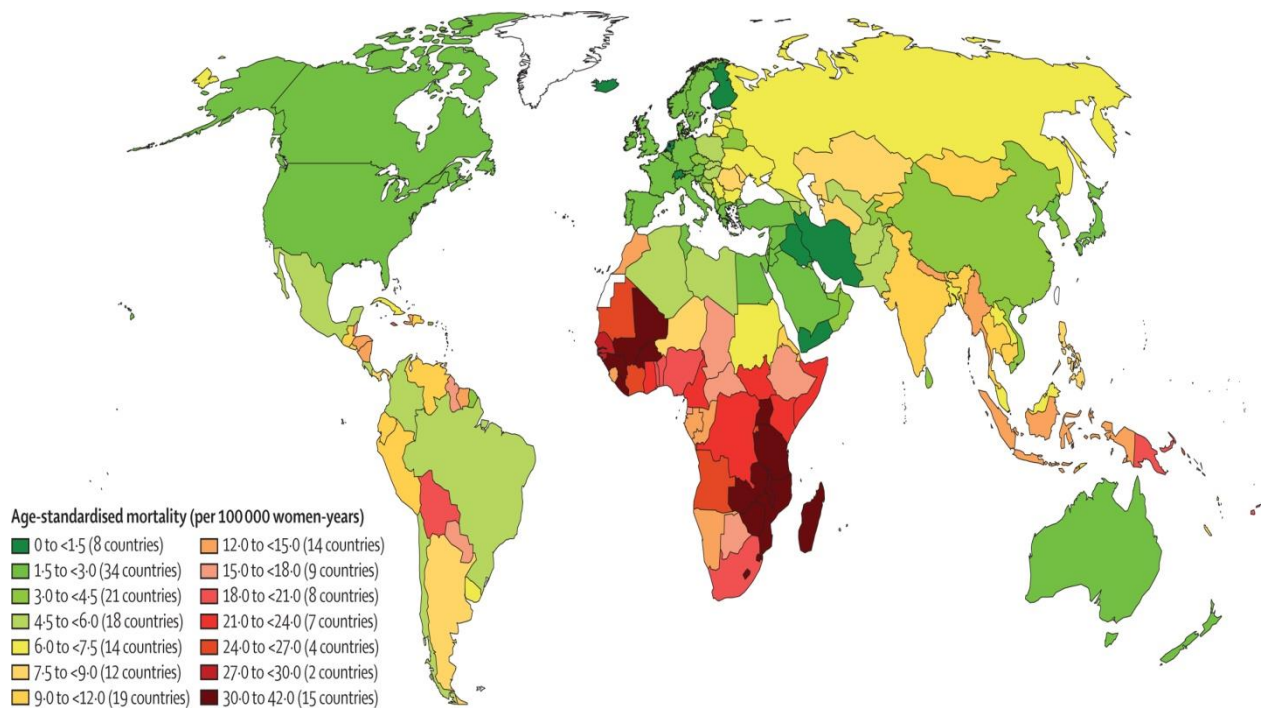
II. ლიტერატურის მიმოხილვა

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სყკ) არის ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც წარმოიქმნება საშვილოსნოს ყელში და ძირითადად იყოფა ორ ჰისტოლოგიურ ტიპად: ადენოკარცინომა (AC) და ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა (SCC); SCC უფრო ხშირია და ყველა შემთხვევათა 70%-ს შეადგენს. სყკ-ს ყველაზე გავრცელებული მიზეზია ინფექცია, რომელიც გამოწვეულია სქესობრივი გზით გადამდები ადამიანის პაპილომავირუსით(147). სხვა ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ სყკ-ს სიხშირეზე, მოიცავს გეოგრაფიულ მდებარეობას, ტრადიციულ წეს-ჩვეულებებს და რწმენას, სკრინინგის დონეს, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას, საზოგადოების ინფორმირებულობას, ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებას, მოწევას და აივ ინფექციას (70,86,92,107,168).

2020 წელს აღინიშნა სყკ-ს დაახლოებით 604,000 ახალი შემთხვევა და 342,000 სიკვდილი მსოფლიოში(173). იგი მე-4 ადგილზეა მსოფლიოში ქალთა პოპულაციაში სიხშირისა და სიკვდილიანობის მიხედვით(164, 27,65, 160),. საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მას მეორე ადგილი უკავია ქალებში ძუძუს კიბოს შემდეგ (აღმოსავლეთ ევროპაში პირველი ადგილი)(62).

სყკ-ს გეოგრაფიული განაწილება მოცემულია 1.სურათზე

კონტინენტებისა და ქვეყნების მიხედვით განაწილება მოცემულია Arban M-ის მიხედვით(14). დაავადების ყველაზე დაბალი ტვირთი დაფიქსირდა დასავლეთ აზიაში, ხოლო სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალი სიხშირე - ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში. ზომიერი სიხშირე (ASIR <10/100,000) გამოვლინდა ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში, ჩრდილოეთ ამერიკაში, დასავლეთ ევროპაში, ჩრდილოეთ აფრიკაში, სამხრეთ ევროპასა და ჩრდილოეთ ევროპაში. ყველაზე დიდი ტვირთი დაფიქსირდა სამხრეთ და აღმოსავლეთ აფრიკაში. დაავადების ძალიან მაღალი ტვირთი (ASIR \geq 15 100000-ზე) გამოვლინდა დასავლეთ აფრიკაში, მელანეზიაში, შუა აფრიკაში, მიკრონეზიაში, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში, აღმოსავლეთ ევროპაში, კარიბის ზღვის აუზსა და სამხრეთ ამერიკაში(14).

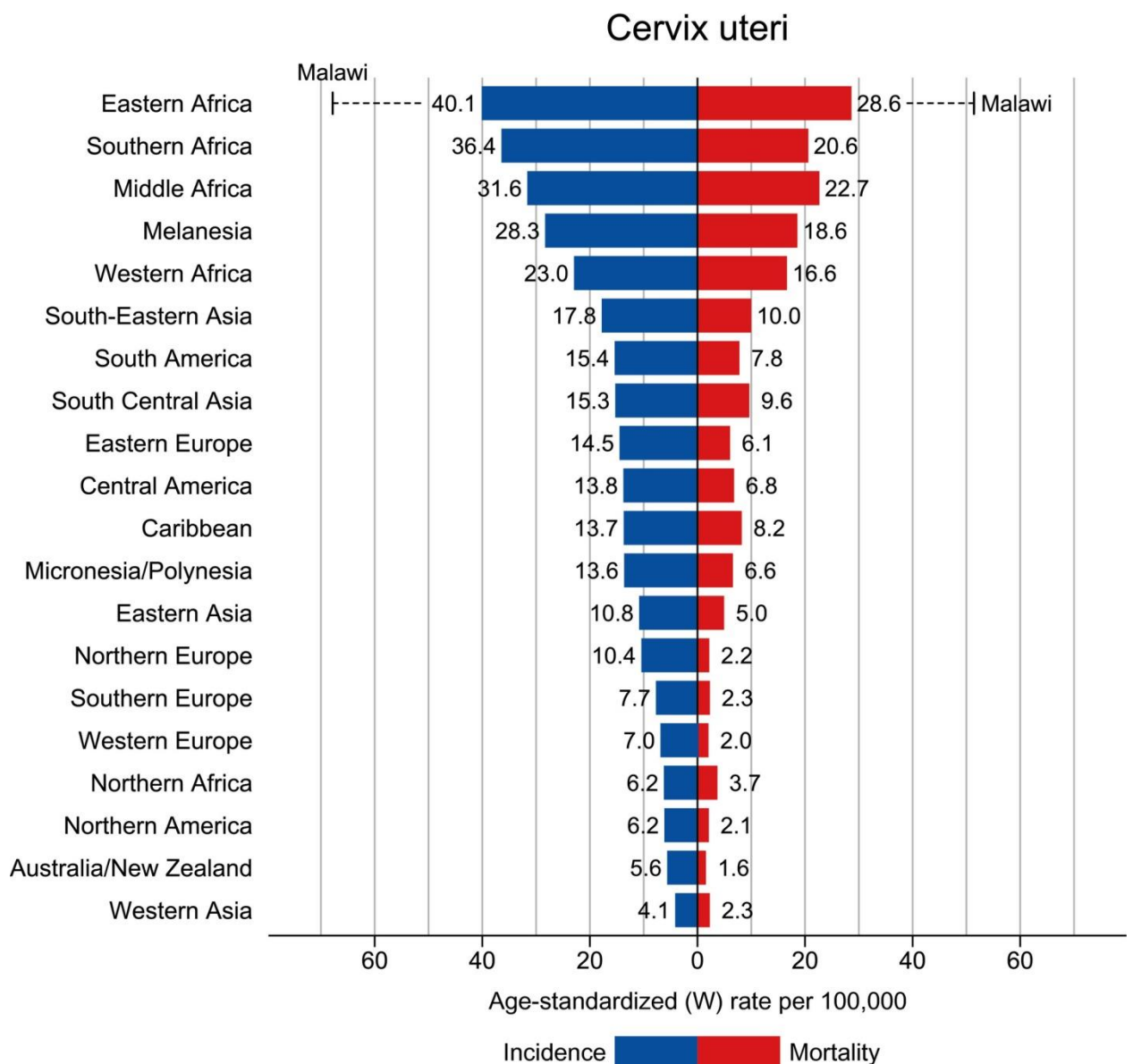


სურ 2.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკობრივი სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მსოფლიო მაჩვენებლის გეოგრაფიული განაწილება ქვეყნების მიხედვით, შეფასებული 2018 წლისთვის

სურ. 2.2-ზე მაჩვენებლები მოცემულია მსოფლიო ასაკობრივი სტანდარტიზებული შემთხვევების სიხშირის კლებადობით, ასაკობრივი სტანდარტიზებული შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის ეროვნული მაჩვენებლებით(152). როგორც ვხედავთ, სეკ-ს ყველაზე მაღალი ინციდენტობა და სიკვდილიანობა აღინიშნება აფრიკაში, ხოლო ყველაზე ნაკლები - ჩრდილოეთ ამერიკაში, ავსტრალია/ახალ ზელანდიასა და დასავლეთ აზიაში.

სეკ ყველაზე ხშირად დიაგნოზირებული კიბოა 23 ქვეყანაში და კიბოთი სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია 36 ქვეყანაში, ამ ქვეყნების აბსოლუტური უმრავლესობა გვხვდება სუბსაჰარის აფრიკაში, მელანეზიაში, სამხრეთ ამერიკასა და

სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში. ყველაზე მაღალი რეგიონალური სიხშირე და სიკვდილიანობა სუბსაჰარის აფრიკაშია, მაჩვენებლები მომატებულია აღმოსავლეთ აფრიკაში სამხრეთ აფრიკასა და შუა აფრიკაში. ინციდენტობის მაჩვენებლები 7-10-ჯერ დაბალია ჩრდილოეთ ამერიკაში, ავსტრალია/ახალ ზელანდიასა და დასავლეთ აზიაში (საუდის არაბეთი და ერაყი)(63). ყველაზე მაღალი სტანდარტიზებული ინციდენტობის მაჩვენებლები (ასაკობრივი სტანდარტიზებული ინციდენტობის მაჩვენებელი) 100,000 ქალზე დაფიქსირდა ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა ზამბია (65.5), მალავი (67.9) და ესვატინი (84.5)(63, 78, 172.



სურ. 2.2. 2020 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკობრივი სტანდარტიზებული სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები კონკრეტული რეგიონებისთვის.

სყკ-თი სიკვდილიანობის ათიდან ცხრა (88%) შემთხვევა ხდება მსოფლიოს ნაკლებად განვითარებულ რეგიონებში(14). 2016 წელს, სყკ-ს ყველა შემთხვევის 85% დაფიქსირდა განვითარებად ქვეყნებში(74). საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე მნიშვნელოვნად იზრდება 20 წლის შემდეგ და პიკს აღწევს 50 წლის ასაკში. იმის გამო, რომ სყკ აფრიკელ ქალებს ძირითადად აწუხებთ შედარებით ახალგაზრდა ასაკში, მისი სოციალურ-ეკონომიკური გავლენა უზარმაზარია. ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) ცენტრალურ როლს ასრულებს საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიის განვითარებაში და შეიძლება გამოვლინდეს სყკ-ს 99.7%-ში. ამრიგად, პირველადი პრევენცია მიზნად ისახავს ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ინფექციის შემცირებას HPV ვაქცინაციით. მეორადი პრევენცია მოიცავს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს პაპ ნაცხის გამოყენებით და კიბოსწინარე პათოლოგიების მკურნალობას(123).

განვითარებულ ქვეყნებში, როგორცაა გაერთიანებული სამეფო (დიდი ბრიტანეთი) და შეერთებული შტატები (აშშ), სყკ-ს სიხშირე მკვეთრად შემცირდა 1960-იანი წლებიდან, პოპულაციის მასშტაბური სკრინინგის პროგრამების განხორციელების გამო; თავდაპირველად ციტოლოგიაზე დაფუძნებული გამოკვლევებით, ხოლო ბოლო დროს HPV დნმ ტესტირებით(91), ამის საპირისპიროდ, განვითარებად ქვეყნებში სყკ-ს სიხშირე აგრძელებს მატებას ეფექტური სკრინინგის პროგრამების არარსებობის, პრევენციის შესახებ ცუდი ინფორმირებულობის, ჯანდაცვის სერვისების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის, სიღარიბის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო(75, 134). შეერთებულ შტატებში მისი სიხშირე და სიკვდილიანობა მცირდება ციტოლოგიური სკრინინგის პროგრამების ფართომასშტაბიანი განხორციელების გამო. თუმცა, აღინიშნა გეოგრაფიული განსხვავებები საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით აშშ-ს რასობრივ და ეთნიკურ უმცირესობებში, რომლებიც უუფლებო არიან და ცხოვრობენ სოფლად, აქვთ სყკ-ს ვაქცინაციის, სკრინინგისა და მკურნალობის განსხვავებული

მაჩვენებლები, რაც იწვევს უარეს შედეგებს (32, 22, 165,83,143). სეკ-ს IVA-B სტადია (გინეკოლოგიისა და მენოპოზის საერთაშორისო ფედერაცია (FIGO)) (გვიანი სტადია) იშვიათი დიაგნოზია, დაახლოებით 5 წლიანი გადარჩენის 17%-იანი სიხშირით და მკურნალობის შეზღუდული ვარიანტებით. შეერთებული შტატების კიბოს სტატისტიკის პროგრამის მიხედვით 2001 წლიდან 2018 წლამდე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისა და ვაქცინაციის მაჩვენებლები შეფასებული იყო ქვევითი რისკის ფაქტორების ზედამხედველობის სისტემის და TeenVaxView-ის გამოყენებით. ბოლო 18 წლის განმავლობაში, 29,715 ქალი იყო საშვილოსნოს ყელის კარცინომის გვიანი სტადიით. შავკანიან ქალებს აქვთ არაპროპორციულად მაღალი მაჩვენებლები 1.55/100000 თეთრკანიან ქალებთან 0.92/100000-თან შედარებით ($p < 0.001$). დროთა განმავლობაში ტენდენციების შესწავლისას, ყოველწლიურად შეინიშნებოდა სეკ-ს გვიანი სტადიის ზრდა 1.3%-ით ($p < 0.001$). ყველაზე დიდი ზრდა აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის ადენოკარცინომის შემთხვევების საშუალო წლიური 2,9%-ის ცვლილებით ($p < 0,001$). რასის, რეგიონისა და ასაკის მიხედვით ანალიზის ჩატარებისას, სამხრეთში 40-44 წლის თეთრკანიან ქალებს აქვთ შორსწასული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველაზე მაღალი ზრდა - ყოველწლიურად 4.5%-ით ($p < 0.001$). ქვევითი რისკის ფაქტორების ზედამხედველობის სისტემისა და TeenVax-ის მონაცემების გამოყენებით, შავკანიან ქალებთან შედარებით, თეთრკანიან ქალებს თითქმის ორჯერ მეტი აქვთ სკრინინგის გამოტოვების ან არჩატარების მაჩვენებელი, (26.6% 13.8%-ის წინააღმდეგ). თეთრკანიან მოზარდებს (13-17 წელი) აქვთ ადამიანის პაპილომაავირუსების ვაქცინაციის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი 66,1% სხვებთან შედარებით - 75,3%(69). საერთო ჯამში SCC სიხშირე აგრძელებდა კლებას ყველა რასობრივ/ეთნიკურ ჯგუფში, გარდა არაესპანელი თეთრკანიანებისა, რომლებშიც მაჩვენებლები სტაბილური იყო 2010-იან წლებში, 1999-დან 2002 წლამდე სტაბილური ტენდენციის შემდეგ, AC სიხშირე არაესპანელ თეთრკანიანებს შორის გაიზარდა 2002-2015 წლებში (1.3% წელიწადში), საერთო AC სიხშირე 1999-2015 წლებში შემცირდა შავკანიანებსა და ესპანელებში, მაგრამ სტაბილური იყო აზიის/წყნარი ოკეანის კუნძულების პოპულაციაში; ყველა ამ რასაში, მაჩვენებლები ძირითადად სტაბილური იყო <50 წლამდე, მაგრამ მცირდებოდა უფროს ასაკში. საშვილოსნოს ყელის

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა (SCC) და ადენოკარცინომა (AC)-ს შორეული სტადიის სიხშირე არაესპანელ თეთრკანიანებში გაიზარდა რამდენიმე ასაკობრივ ჯგუფში, მაგრამ ზოგადად სტაბილური იყო არათეთრკანიანებში(95).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები გაერთიანებულ სამეფოში 25%-ით შემცირდა 1993-1995 და 2015-2017 წლებში, 14-დან 9-მდე ყოველ 100000 ქალზე(36). ავსტრალიაში, 1982–2016 წლებში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე შემცირდა 14,3 შემთხვევიდან 7,1 შემთხვევამდე 100000 ქალზე (18,35).

2014–2018 წლებში, კანადაში (კვებეკის გამოკლებით) საშვილოსნოს ყელის კიბო დაუდგინდა 5710 ქალს - საშუალოდ 1142 შემთხვევა წელიწადში. 25-დან 69 წლამდე ასაკის ქალები შეადგენდნენ სეკ-ს ყველა ახალი შემთხვევის 87.2%-ს(48). ტენდენციები განსხვავდებოდა ასაკის მიხედვით, კლების ტენდენცია აღინიშნებოდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, გარდა 30-39 წლის ასაკისა(26). მიუხედავად იმისა, რომ სეკ-ს შემთხვევები კანადაში მთლიანობაში შემცირდა, კლების ტენდენცია შენედა. სიხშირის შემდგომი შემცირება მოითხოვს HPV ვაქცინის ათვისების გაუმჯობესებას, ახალი HPV-ზე დაფუძნებული სკრინინგ ტექნოლოგიების ჩართვას, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის გაზრდას და მოსახლეობის ჯგუფებს შორის სკრინინგ სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხელმისაწვდომობის უთანასწორობის აღმოფხვრას(33).

დადგენილია, რომ ბრაზილიაში ყოველწლიურად 16,590 ახალი შემთხვევაა მოსალოდნელი 2020-2022 სამწლიან პერიოდში, რეგიონებს შორის განსხვავებებით (45). ბრაზილიაში სეკ-ს მაღალ სიხშირეს უკავშირებენ სკრინინგით მოსახლეობის არასაკმარის დაფარვას(34).

რუსეთის ფედერაციაში სეკ-ს სიხშირე შეადგენს 5,17 % (174). ესტონეთში, მიუხედავად სეკ-ს სკრინინგის ეროვნული პროგრამისა, რომელიც 2006 წელს დაიწყო, აღინიშნება მისი შემთხვევების ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ევროპაში. სეკ აღმოაჩნდათ ქალებს, რომელთაც დიაგნოზირებამდე 10 წლის განმავლობაში ჩაუტარდათ მრავალი სკრინინგის ტესტი. დიაგნოზამდე 5 წელზე ნაკლები დროში ნორმული ციტოლოგიური ტესტების რაოდენობა იყო საგანგაშოდ მაღალი (62%)(129).

ყაზახეთში 2009-2018 წლებში დაფიქსირდა სეკ-ს 16441 ახალი შემთხვევა. საშუალო ასაკობრივი სტანდარტიზებული შემთხვევების მაჩვენებელი იყო 17.7 ± 0.4 შემთხვევა, 100000 ქალზე და ამჟღავნებდა ზრდის ტენდენციას ($T_{up} = +2.3\%$ და $T_{up} = +1.9\%$ შესაბამისად). ASIR-ის ანალიზმა აჩვენა უნიმოდალური ზრდა, პიკი 50-54 წლის ასაკში - $45,3 \pm 1,1$ შემთხვევა 100000 ქალზე. ASIR-ის ტენდენციები შემცირდა 30 წლამდე ($T_{down} = -1.8\%$) და 35-59 წლამდე ($T_{down} = -0.9\%$), სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში ტენდენციები გაიზარდა და ყველაზე მეტად იყო გამოხატული 40-44-ში ($T_{up} = +4.1\%$) და 65-69 წელი ($T_{up} = +4.4\%$). სეკ-ის ASR-ის ტენდენციები იზრდებოდა თითქმის ყველა რეგიონში, უფრო მაღალი დონე იყო მანგისტაუს ($T_{up} = +4.1\%$) და აქტობეს ($T_{up} = +6.3\%$; $R^2 = 0.846$) რეგიონებში. სეკ სიხშირე ქალთა 100000 მოსახლეზე უფრო მაღალია აღმოსავლეთ ყაზახეთში (19.8), აქტობეს (20.0), ალმათის (20.1), ატირაუ (21.7) და კოსტანაის რეგიონებში (20.9) და ქალაქი ალმა-ათიში (22.0)(92).

ჩინეთში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის და სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი ზრდა(173). ჩინეთში 2000 წლიდან 2014 წლამდე გაიზარდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები(CIRs) და ასაკობრივი სტანდარტიზებული შემთხვევების მაჩვენებლები(ASIRs). ასაკობრივი სტანდარტიზებული შემთხვევების მაჩვენებლები ჩინეთში იყო 9.2% [95% CI: 7.0%-11.5%, $P < 0.05$] ასაკობრივი ინციდენტობის მაჩვენებელი 0-69 წლის ჯგუფებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა დროთა განმავლობაში. 40-69 წლის ჯგუფებმა აჩვენეს შემთხვევების ყველაზე მაღალი რისკი, ხოლო წლიური პროცენტული ცვლილებები (APC) 40-59 წლის ჯგუფებში ჩინეთის ქალაქებში და 0-49 წლის ჯგუფებში ჩინეთის სოფლებში იყო 10%-ზე მეტი. ჩინეთის სოფლებში, დიაგნოზის დროს სტანდარტიზებული საშუალო ასაკი მნიშვნელოვნად შემცირდა 5.18 წლით. ჩინეთში, სტანდარტიზებული ასაკობრივი პროცენტული მაჩვენებლის ძირითადი პიკი და მეორადი პიკი გამოჩნდა 45-49 და 40-44 წლის ჯგუფებში, შესაბამისად. ჩინეთის სოფლებში სტანდარტიზებული ასაკობრივი პროცენტული მაჩვენებლის ძირითადი პიკი 55-59 წლის ჯგუფიდან გადავიდა 45-49 წლის ჯგუფში, ასევე გაიზარდა 25-34 წლის ჯგუფების სტანდარტიზებული ასაკობრივი პროცენტული მაჩვენებელი. დროთა განმავლობაში სტანდარტიზებული ასაკობრივი პროცენტული მაჩვენებელი

მნიშვნელოვნად გაიზარდა 35-64 და 30-64 წლის ჯგუფებში და შეადგენდა დაახლოებით 80% და 85% 2014 წელს, შესაბამისად(105).

ჩინეთში 2012 წელს გამოვლინდა სეკ-ს ახალი შემთხვევების 18.8% (99000) და სიკვდილიანობის 9.4% (25000) (37). გარდა ამისა, 2015 წელს ჩინეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაახლოებით 98,900 შემთხვევა დაფიქსირდა და დაახლოებით 30,500 ქალი გარდაიცვალა ამ დაავადებით (38).

მხოლოდ 2018 წელს ჩინეთში დაფიქსირდა სეკ-ს 106,430 ახალი შემთხვევა და 47,739 სიკვდილი, რაც შეესაბამება მსოფლიოში გამოვლენის შემთხვევათა 18.7%-ს და საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან სიკვდილიანობის 15.3%-ს (27).

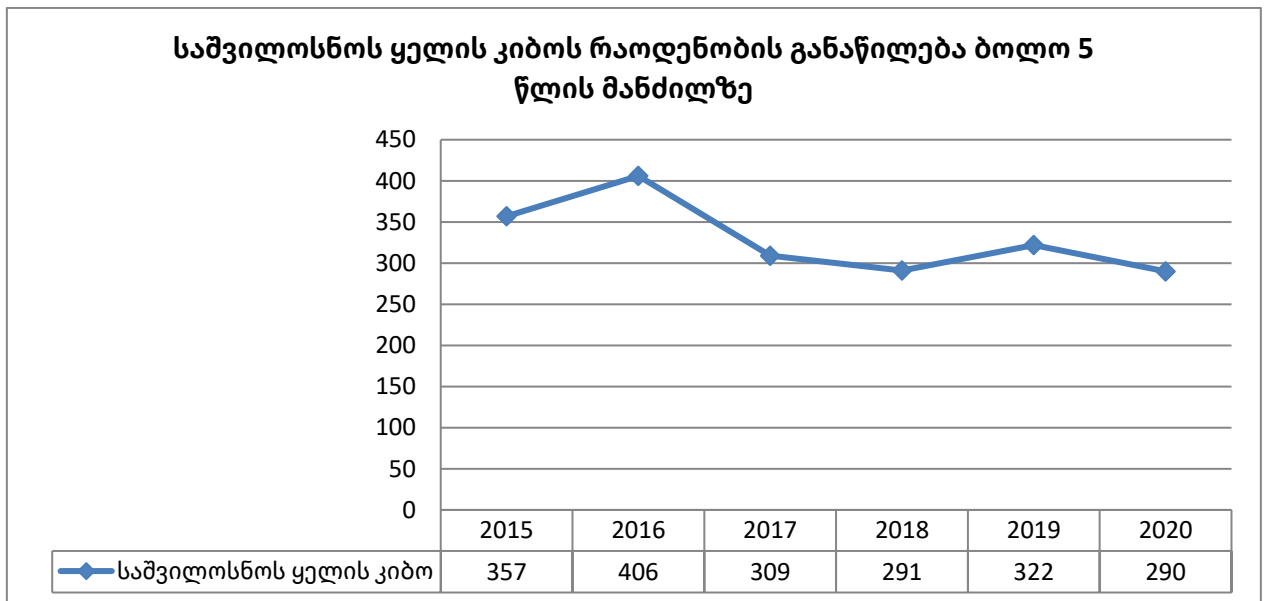
ნეპალში, სეკ სიკვდილის მთავარი მიზეზია და იწვევს სიკვდილიანობის 18,4%-ს(141). ეს არის ყველაზე გავრცელებული კიბო 15-დან 44 წლამდე ქალებში. ყოველწლიურად 2332 ნეპალელ ქალს უსვამენ სეკ-ს დიაგნოზს და 1367 კვდება ამ დაავადებით(30). სეკ-ს სიხშირე არის 24,2 100000-ზე, რაც არის სამხრეთ აზიაში ამ დაავადებით სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (80, 95).

ადამიანის პაპილომავირუსების (HPV) და კიბოს 2017 წლის საინფორმაციო ანგარიშის მიხედვით, უკრაინაში 15 წლის და უფროსი ასაკის 20,5 მილიონი ქალია, რომლებიც სეკ-ს განვითარების რისკის ქვეშ არიან. ამჟამინდელი შეფასებით, ყოველწლიურად გამოვლენილია 5733 ქალი სეკ-თი და 2475 იღუპება ამ დაავადებით. სეკ მეოთხე ყველაზე ხშირი კიბოა და მეორე ყველაზე გავრცელებული კიბოა 15-დან 44 წლამდე ასაკის ქალებში უკრაინაში. მონაცემები ჯერ არ არის ხელმისაწვდომი უკრაინის ზოგად პოპულაციაში HPV ტვირთის შესახებ. თუმცა, აღმოსავლეთ ევროპაში, რეგიონში, რომელსაც უკრაინა ეკუთვნის, საერთო პოპულაციის ქალების დაახლოებით 9.7%-ს აქვს საშვილოსნოს ყელის HPV16/HPV18 ინფექცია(39).

თურქეთში სეკ მე-9 ყველაზე გავრცელებული კიბოა ქალებში და შეადგენს ქალთა ყველა ასაკობრივი ჯგუფის 2.4%-ს(16).

საშვილოსნოს ყელის კიბო შედის საქართველოში ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების 5 ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაციაში(1) და ს სეკ-ს 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი არ აღემატება 65%-ს(5).

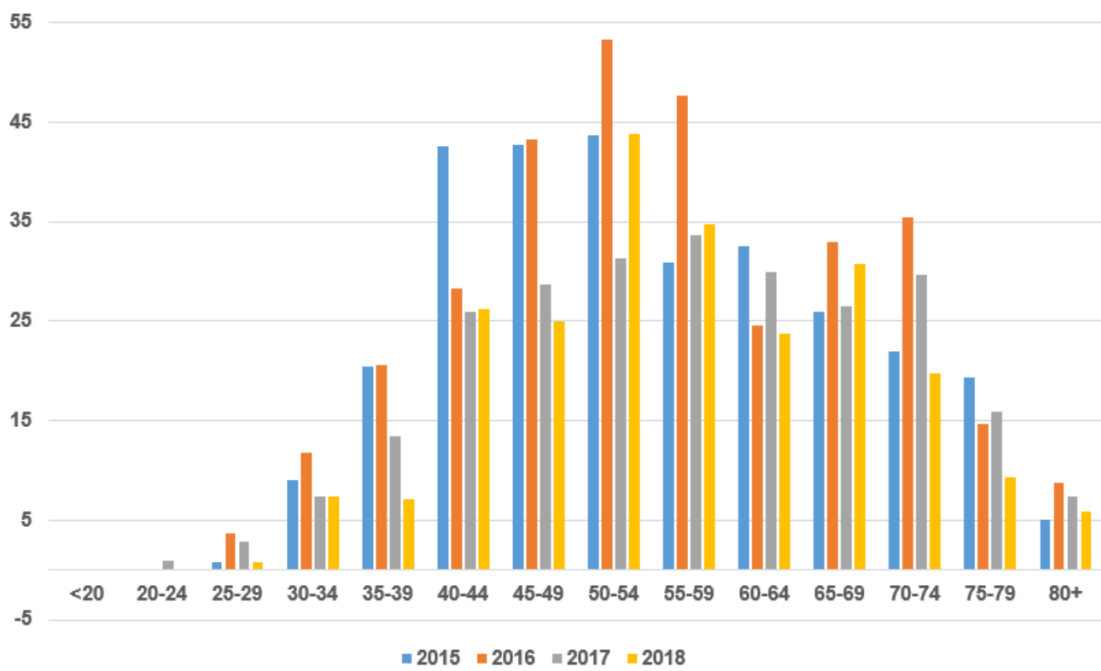
დიაგრამა 2.1-ზე ნაჩვენებია საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენის რაოდენობა ბოლო 5 წლის მანძილზე საქართველოში.



დიაგრამა 2.1.

სყკ-ს ინციდენტურობის განაწილება ასაკის მიხედვით საქართველოში მოცემულია 2.3. სურათზე(4).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკ-სპეციფიური ინციდენტობა, საქართველო, 2015-2018



საქართველოში ყველაზე მაღალი სიხშირე დაფიქსირდა 50-54 წლის ასაკში(4).

სყკ-ს 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში მოცემულია 2.4 სურათზე(1).

	გადარჩენის მაღალი მაჩვენებელი	წყარო: https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51882 ; დკსჯგ
	გადარჩენის საშუალო მაჩვენებელი	
	გადარჩენის დაბალი მაჩვენებელი	

¹⁵ საქართველო: 2016-2020, სხვა ქვეყნები: 2010-2014

საშვილოსნოს ყელი	
ისლანდია	80,1
ნორვეგია	73,2
იაპონია	71,4
შვეიცარია	71,4
დანია	69,5
შვედეთი	68,3
ჩინეთი	67,6
ნიდერლანდები	67,5
ახალი ზელანდია	67,4
ფინეთი	67,4
კანადა	67,3
იტალია	66,8
ისრაელი	66,6
ესტონეთი	66,5
ავსტრალია	66,4
პორტუგალია	66,2
სლოვენია	65,5
ბელგია	65,4
საქართველო	65,3
გერმანია	65,2
საფრანგეთი	65,0
ესპანეთი	64,6
ავსტრია	63,9
გაერთიანებული სამეფო	63,8
ირლანდია	63,6
აშშ	62,6
ჩეხეთი	61,0
თურქეთი	60,7
სლოვაკეთი	60,5
ლიეტუვა	59,2
რუსეთი	57,7
პოლონეთი	55,1
ლატვია	53,9

სურ.2.4

2011 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ქალებისთვის; თუმცა შესაბამისი პოპულაციის მოცვა ჯერ კიდევ შორს არის სასურველისაგან (ცხრილი 2.1), ამდენად მნიშვნელოვანია სკრინინგით მოცვის გაზრდა.

ცხრილი 2.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები, საქართველო, 2014- 2018

თბილისი					რეგიონები				
2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
16,0	16,0	18,0	14,0	17,0	8,7	9,3	11,5	9,7	11,2

ცუდი წვდომა სამედიცინო ინფორმაციაზე ხელს უშლის სეკ რისკის ფაქტორებისა და პრევენციის შესახებ ცოდნის გავრცელებას.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზები

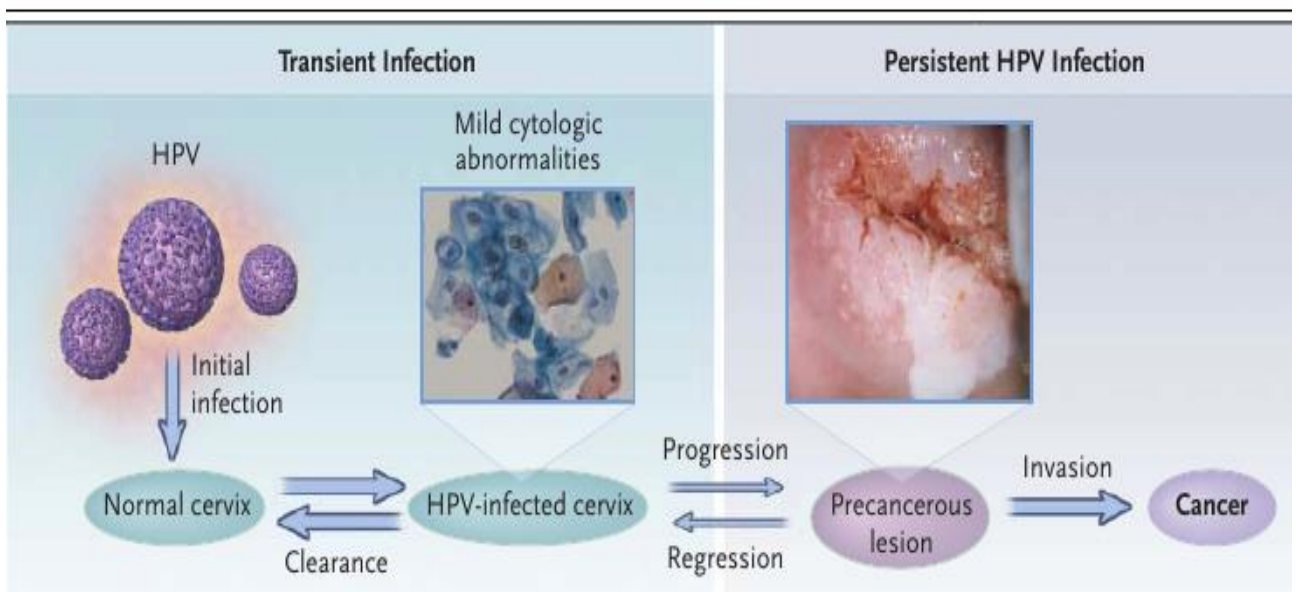
სეკ არის HPV-თან ასოცირებული დაავადება. HPV ვირუსის 200-ზე მეტი სახეობა კლასიფიცირდება ორ ჯგუფად მათი პათოგენურობის მიხედვით. არაონკოგენური HPV-ები, რომლებსაც ასევე უწოდებენ დაბალი რისკის HPV-ს, დაკავშირებულია განმეორებით რესპირატორულ ინფექციებთან და ანოგენიტალურ მეჭეჭებთან. ონკოგენური HPV, ასევე ცნობილი როგორც მაღალი რისკის HPV, პასუხისმგებელია ქრონიკულ HPV ინფექციებზე ანოგენიტალური კიბოს (პენისის, ანალური, საშვილოსნოს ყელის, საშოს და ვულვის) და თავისა და კისრის ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის (პირის ღრუს და ოროფარინგეალური, ხორხის და სხვა ფარინქსის კიბო) განვითარებაზე ორივე სქესში (55, 163). 14-ზე მეტ ონკოგენურ HPV-ს შორის, HPV 16 და 18 გენოტიპი ყველაზე ხშირია HPV-ით გამოწვეულ კიბოს შორის და გვხვდება საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაზიანებების, საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სხვა ორგანოების HPV-სთან ასოცირებული კიბოს 70%-ზე მეტ

შემთხვევაში(156). HPV შტამები 31, 33, 45, 52 და 58 ასევე ონკოგენურია, რომლებიც გვხვდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების 10%-დან 20% -ში (46).

ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) არის მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია, რომელიც ძლიერ უარყოფით გავლენას ახდენს ინდივიდის სოციალურ ცხოვრებაზე. სქესობრივად აქტიური ქალები და მამაკაცები სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც ინფიცირდებიან, აშშ-ში 45 წლამდე ქალებისა და მამაკაცების 80%-ზე მეტი ინფიცირდება HPV-ით (40) - რაიმე პათოლოგიის განვითარების გარეშე(21).

ზოგადად, HPV ინფექციის ეპიდემიოლოგიური განაწილება და მასთან დაკავშირებული ტვირთი მნიშვნელოვნად განსხვავდება მთელ მსოფლიოში და ინციდენტობასთან დაკავშირებული ფაქტორები მოიცავს გეოგრაფიულ, სოციალურ-ეკონომიკურ, კულტურულ და გენეტიკურ ფაქტორებს, რომლებიც დამოკიდებულია ვირუსის გენომის ცვალებადობაზე, ისევე როგორც ინდივიდუალურ ფაქტორებს, როგორცაა ასაკი, სქესი და ჯანმრთელობის მდგომარეობა(103).

მაღალი რისკის ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV) არის სეკ-ს აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი მიზეზი (171), *სეკ-ს განვითარება შეიძლება დახასიათდეს 4 სტადიით: HPV ინფიცირება, HPV პერსისტენცია, პერსისტირებული ინფექციის პროგრესირება კიბოსწინარე მდგომარეობამდე და ინვაზია*(169) (სურ.2.5).



სურ.2.5

ვირუსი ჩვეულებრივ აინფიცირებს სკვ-ს ეპითელიუმს და აწარმოებს ვირუსულ ნაწილაკებს მომწიფებულ ეპითელიურ უჯრედებში, შემდეგ კი იწვევს ნორმალური უჯრედული ციკლის კონტროლის დარღვევას და ხელს უწყობს უჯრედების უკონტროლო გაყოფას და გენეტიკურ ცვლილებებს(127).

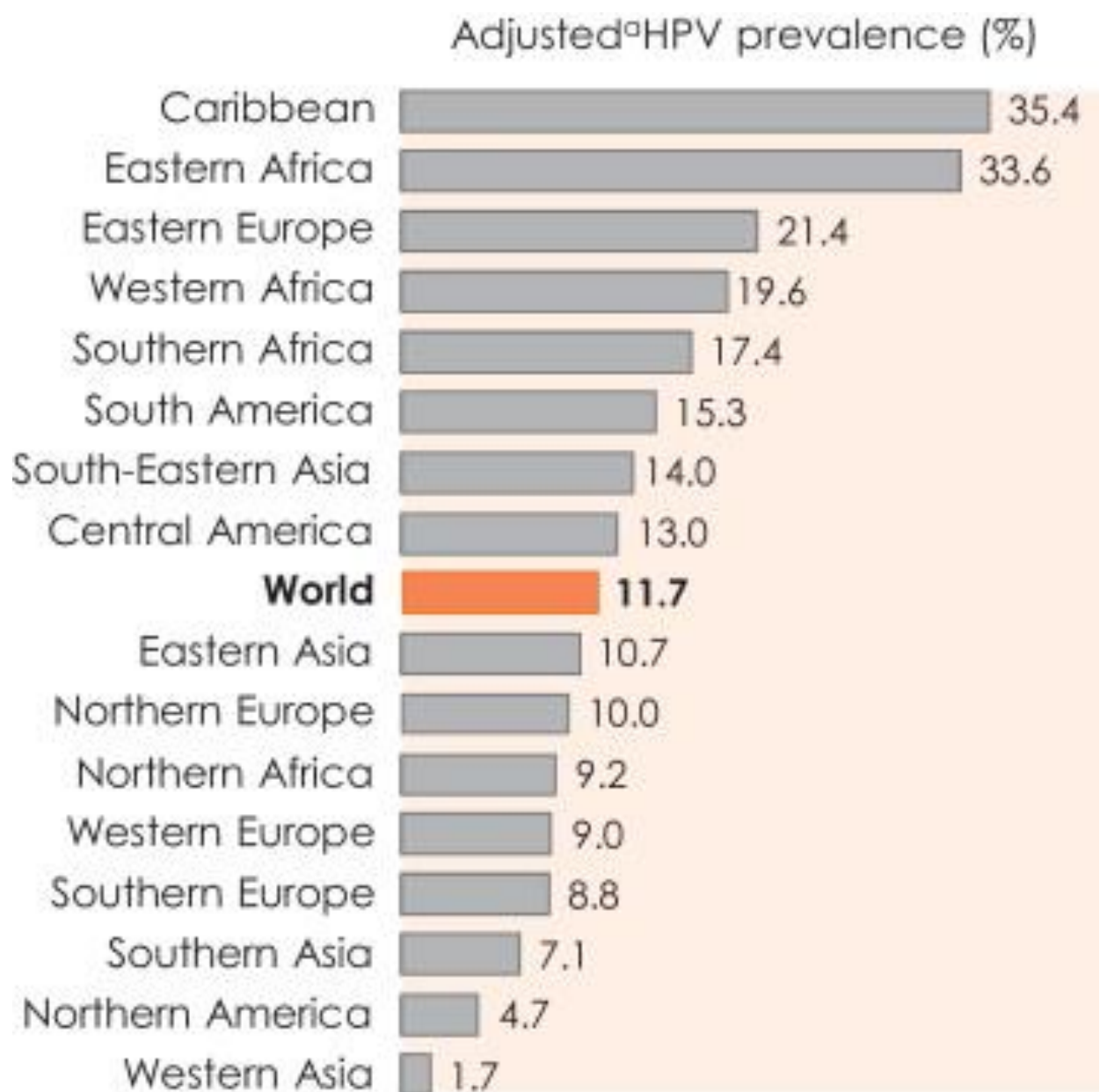
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სხვა მნიშვნელოვანი კოფაქტორებია ზოგიერთი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (აივ და *Chlamydia trachomatis*), მოწევა, შობადობის მაღალი მაჩვენებელი და პერორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი გამოყენება(84), სიღარიბის მაჩვენებლები. ეს განსხვავება არსებობს მაღალშემოსავლიან ქვეყნებშიც კი, როგორცაა შეერთებული შტატები, სადაც საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან სიკვდილიანობა ორჯერ მეტია სიღარიბის მაღალი დონის რეგიონებში მცხოვრებ ქალებში, დაბალი სიღარიბის მქონე რეგიონებთან შედარებით(143).

გამოვლინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მნიშვნელოვანი ასოციაცია ($P < 0.05$) განათლებასთან, საცხოვრებელ ადგილთან, ძველი ქსოვილის სანიტარული პაკეტების გამოყენებასთან, ქორწინების ახალგაზრდა ასაკთან, ქმრის/პარტნიორების რაოდენობასთან, სქესობრივი კავშირის შემდეგ სასქესო ორგანოების ჰიგიენასთან და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან. ლოგისტიკური რეგრესიით დადგინდა, რომ ყოველდღიურად და მენსტრუაციის დროს ბანაობა საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკური ფაქტორია. ჯანდაცვის სერვისების არაეფექტურმა გამოყენებამ და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების არსებობამ აჩვენა მნიშვნელოვანი კორელაცია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებასთან(98).

ყოვლისმომცველი მეტა-ანალიზი, რომელიც ჩატარებულია 194 გამოკვლევიდან ამოღებული მონაცემებით და დაფუძნებულია ნორმალური ციტოლოგიური მახასიათებლების მქონე 1,016,719 ქალის ტესტირებაზე, პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის (PCR) ან Hybrid Capture® 2-ის გამოყენებით, მიუთითებს, რომ HPV გლობალური პრევალენტობა იყო 11.7% (95%CI: 11.6%-11.7%).

სუბ-საჰარის აფრიკაში (24.0%), აღმოსავლეთ ევროპასა (21.4%) და ლათინურ ამერიკაში (16.1%) ყველაზე მაღალი პრევალენტობით. ასაკობრივი სპეციფიკური HPV გავრცელება: ამერიკასა და აფრიკაში, პირველი პიკით ვლინდება ახალგაზრდა ასაკში (<25 წელზე ნაკლები) და მეორე - ხანდაზმულ ასაკში (≥45 წელი). გამოკვლეულ ქალებს შორის (n = 215,568), ყველაზე გავრცელებული იყო HPV-ის ხუთი ტიპი: HPV-16 (3.2%), HPV-18 (1.4%), HPV-52 (0.9%), HPV-31 (0.8%) და HPV-58 (0.7%) (29).

სურ.2.6-ზე მოცემულია HPV პრევალენტობა მსოფლიოს რეგიონების მიხედვით(67).



სურ. 2. 6. HPV პრევალენტობა ნორმალური ციტოლოგიის მქონე ქალებში(67).

2018 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) მოითხოვა კოორდინირებული გლობალური მოქმედება საშვილოსნოს ყელის კიბოს აღმოსაფხვრელად, რაც გულისხმობს ყველა გოგონას ვაქცინაციის უზრუნველყოფას ადამიანის პაპილომავირუსების (HPVs) საწინააღმდეგოდ და 30 წელზე უფროსი ასაკის ყველა ქალისათვის სკრინინგისა და კიბოსწინარე პათოლოგიების მკურნალობის ჩატარებას (51).

საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო არაპროპორციულად აზიანებს ქალებს, რომლებსაც არ აქვთ საკმარისი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში უფრო მაღალი მაჩვენებელია უმცირესობათა ჯგუფებში და ქალებში დაბალი რესურსების მქონე რეგიონებში. ასეთ უთანასწორობასთან მჭიდრო კავშირშია სოციალური და დემოგრაფიული ფაქტორები, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, შემოსავლის და განათლების დონე და დაავადების სტადია დიაგნოზის დასმის დროს. მიუხედავად ასეთი ელემენტების იდენტიფიცირებისა, რასობრივი/ეთნიკური უთანასწორობა შენარჩუნებულია და ფართოვდება უმცირესობათა რამდენიმე ქვეჯგუფში, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ქალებში, რომლებიც არ ექვემდებარებიან ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინაციას და არ არიან შემოწმებულნი. ბოლო კვლევები ვარაუდობენ, რომ HPV ინფექციის გავრცელებაში არსებობს რასობრივი/ეთნიკური განსხვავებები, რასაც ასევე შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელობა საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენაში (117).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) გლობალური სტრატეგია საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის დასასრულებლად მიზნად ისახავს გააფართოოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციები საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის დასასრულებლად, ადამიანის პაპილომავირუსის წინააღმდეგ ვაქცინაციის ამბიციური მიზნების შესრულებით(53). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივა ეფუძნება მძლავრი მეთვალყურეობისა და

მონიტორინგის სისტემებს, პოპულაციაზე დაფუძნებული კიბოს რეესტრებით (PBCRs), რაც გადამწყვეტ როლს თამაშობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს საწყისი სიხშირეების ცვლილებებისა და დროთა განმავლობაში ინტერვენციების ზემოქმედებაში(134).

პოპულაციაზე დაფუძნებული კიბოს რეესტრები (PBCR) სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია კიბოს ტვირთის შესაფასებლად და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ზედამხედველობისა და კონტროლის ეროვნული პროგრესის მონიტორინგისა და შეფასებისთვის. თუმცა, მათი განვითარების დონე საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყნებში არაოპტიმალურია და საჭიროებს მნიშვნელოვან ინვესტიციებს(44).

ვაქცინაცია

HPV-ით გამოწვეული კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის პრევენციისთვის ყველაზე ეფექტური სტრატეგიაა გოგონების უნივერსალური ვაქცინაცია. დაახლოებით 10-20 წლის 118 მილიონი ქალია მოცული HPV ვაქცინაციის პროგრამებით, თუმცა ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებიდან მათგან მხოლოდ 1%-ია(28).

ავსტრალია იყო მსოფლიო ლიდერი ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინაციაში და იყო პირველი ქვეყანა, რომელმაც განახორციელა სრულად დაფინანსებული HPV ვაქცინაციის ეროვნული პროგრამა, 2007 წლიდან გოგონებისთვის და 2013 წლიდან ბიჭებისთვის. 2018 წელს პროგრამა შეიცვალა 4-ვალენტურიდან 9-ვალენტური HPV ვაქცინის და 3-დოზიანი გრაფიკიდან 2-დოზის გამოყენებაზე გადასვლით. მიუხედავად იმისა, რომ ავსტრალიის HPV ვაქცინაციის პროგრამა აღიქმება უაღრესად წარმატებულად, მნიშვნელოვანია ღონისძიებები პროგრამის გავლენის შემდგომი გაძლიერებისა და პოტენციური საფრთხეების შესამცირებლად(153).

ამჟამად დამტკიცებული HPV ვაქცინების სამი ტიპი, მათ შორის ბივალენტური, ოთხვალენტური და 9-ვალენტური ვაქცინები, ეფექტურია HPV ინფექციისა და HPV-სთან დაკავშირებული ავადობის შესამცირებლად. ისინი იწვევენ

იმუნიტეტის ჩამოყალიბებას LR- და HR-HPV-ის მიმართ, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან გენიტალური კიბოს 70%-ს და კანის მექეჭების 90%-ის შემთხვევების განვითარებაში თუმცა, HPV ვაქცინების დადასტურებული ეფექტურობის მიუხედავად, HPV-სთან დაკავშირებული კიბოს და დაავადების ტვირთი კვლავ მაღალია(102).

ინდოეთში ორვალენტური და ოთხვალენტური HPV ვაქცინები ლიცენზირებული იქნა 2008 წელს, ხოლო ცხრავალენტური ვაქცინა ლიცენზირებულია 2018 წელს. 2009 წელს ანდრა პრადეშსა და გუჯარატში დაწყებულმა სადემონსტრაციო პროექტებმა HPV ვაქცინაცია შემოიღო ინდოეთის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებში. ამ პროექტებში რამდენიმე პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ, HPV ვაქცინაციის კვლევა შეჩერდა. თუმცა შემდგომში ჩაითვალა, რომ სიკვდილის ეს შემთხვევები არ იყო ვაქცინაციასთან დაკავშირებული, ამ შეჩერების შედეგად, შეფასებულ იქნა ორი დოზის მიღების შედეგები სამ დოზასთან შედარებით, ხოლო ზოგ შემთხვევაში - მხოლოდ ერთ დოზასთან შედარებით. 2016 წლიდან HPV ვაქცინაცია წარმატებით დაინერგა იმუნიზაციის პროგრამებში პენჯაბსა და სიკიმში (მაღალი დაფარვით და უსაფრთხოებით)(140).

იმუნიზაციის პრაქტიკის მრჩეველთა კომიტეტმა (ACIP) გადახედა HPV ვაქცინაციის გრაფიკს 2016 წელს, შეამცირა საჭირო დოზები 3-დან 2-მდე 15 წლამდე ასაკის პაციენტებისთვის და ყურადღება გაამახვილა სპეციალური საჭიროებების პაციენტების პოპულაციაზე (113, 114). 2018 წლის ბოლოს FDA-მ დაამტკიცა ვაქცინის გამოყენება 45 წლამდე ასაკის მამაკაცებსა და ქალებში. თუმცა, რეკომენდაციებში ცვლილებები ჯერ არ განხორციელებულა(139).

ვაქცინის სწრაფი გავრცელება დაბალ და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში შეიძლება იყოს ერთადერთი შესაძლებელი გზა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთის და პრევენციის სფეროში არსებული უთანასწორობის შესამცირებლად(28).

სკრინინგი

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის გაიდლაინები შეერთებულ შტატებში გადაიხედა 2018 წელს, რაც მოიცავს ადამიანის პაპილომაავირუსის პირველადი (HPV) ტესტირების ვარიანტს(158).

ამერიკის კიბოს საზოგადოება (ACS) რეკომენდაციას იძლევა, რომ დაიწყო სკრინინგი 25 წლის ასაკში და გაიარონ პირველადი ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ტესტირება ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ 65 წლამდე (სასურველია); თუ პირველადი HPV ტესტირება მიუწვდომელია, მაშინ 25-დან 65 წლამდე ასაკის პირებს უნდა ჩაუტარდეთ სკრინინგი კოტესტირებით (HPV ტესტირება ციტოლოგიასთან ერთად) ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ ან მხოლოდ ციტოლოგია ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ (მისაღები) (მტკიცე რეკომენდაცია). ACS რეკომენდაციას უწევს 65 წელზე მეტი ასაკის პირებს, რომლებსაც არ აღენიშნებათ საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური ნეოპლაზიის 2 ხარისხის ან უფრო მძიმე დაავადების ისტორია ბოლო 25 წლის განმავლობაში და რომლებსაც დაუფიქსირდათ სკრინინგის ადექვატური უარყოფითი შედეგი წინა 10 წლის განმავლობაში, შეწყვიტონ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (კვალიფიცირებული რეკომენდაცია). ეს ახალი სკრინინგის რეკომენდაციები განსხვავდება 4 მნიშვნელოვანი ასპექტით 2012 წლის რეკომენდაციებთან შედარებით: 1) სასურველი სკრინინგის სტრატეგია არის პირველადი HPV ტესტირება ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, მხოლოდ კოტესტირება და ციტოლოგია მისაღებია, სადაც აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის მიერ დამტკიცებული პირველადი HPV ტესტირება არ არის ჯერ ხელმისაწვდომი; 2) სკრინინგის დასაწყებად რეკომენდებული ასაკი არის 25 და არა 21 წელი; 3) პირველადი HPV ტესტირება, ისევე როგორც მხოლოდ კოტესტირება ან ციტოლოგია, რეკომენდებულია 25 წლიდან და არა 30 წლის ასაკიდან; და 4) გაიდლაინი გარდამავალია, ე.ი. არის მოწოდებული სკრინინგის ვარიანტები მხოლოდ კოტესტირებით ან ციტოლოგიით, მაგრამ ეტაპობრივად უნდა მოიხსნას მას შემდეგ, რაც იქნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის პირველადი HPV ტესტირებაზე სრული ხელმისაწვდომობა ბარიერების გარეშე. განხილული იყო სხვა რელევანტურ საკითხებთან დაკავშირებული მტკიცებულებები და არ განხორციელებულა ცვლილებები რეკომენდაციებში სკრინინგის ინტერვალების, ასაკის ან სკრინინგის შეწყვეტის კრიტერიუმების, ვაქცინაციის სტატუსზე დაფუძნებული სკრინინგისთვის ან ჰისტერექტომიის შემდეგ სკრინინგისთვის. შემდგომი დაკვირვება იმ პირებისთვის, რომლებსაც აქვთ დადებითი შედეგი HPV-ს

სკრინინგზე და/ანციტოლოგიაზე, უნდა შეესაბამებოდეს 2019 წლის კოლპოსკოპიის და საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის ამერიკული საზოგადოების რისკზე დაფუძნებული მართვის კონსენსუსის გაიდლაინებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პათოლოგიური სკრინინგის ტესტებისა და კიბოს წინამორბედების შესახებ(65).

მაღალი რესურსების მქონე ქვეყნებში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პარადიგმები იცვლება ციტოლოგიაზე დაფუძნებული სკრინინგიდან მოლეკულური სკრინინგის მიმართულებით. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს მაღალი ტვირთი, ცდილობენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და ადამიანის პაპილომავირუსის ვაქცინა ხელმისაწვდომი გახადონ თავიანთი მოსახლეობისთვის. უნდა შეფასდეს დაბალფასიანი სკრინინგის ალტერნატიული ტექნოლოგიები, განხორციელებადი სტრატეგიები, შესყიდვის ხარჯების შემცირება და ადამიანის პაპილომავირუსების ვაქცინის მიწოდების მიდგომები, რათა შემცირდეს უთანასწორობა კიბოს მკურნალობაში (132).

ამერიკაში შავკანიანი ქალები უფრო მეტად ემორჩილებოდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს, მაგრამ მათ შორის უფრო დაბალია პათოლოგიური პაპ ტესტის ცნობადობისა და შემდგომი მკურნალობის მოთხოვნის მაჩვენებელი (66).

კენიაში სკრინინგის უფრო მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა უფრო განათლებულ ქალებში (25.2%), ყველაზე მაღალი შემოსავლის ჯგუფში (29.6%) და ქალაქებში მცხოვრებთა შორის (23%), ვიდრე ქალებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ ფორმალური განათლება (3.2%), იყვნენ ყველაზე ღარიბები (3.6%) და ცხოვრობდნენ სოფლად. ახალგაზრდა ქალები (35-39 წელი) და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (HDL) დონის მქონე ქალები ნაკლებად იყვნენ ჩართული სკრინინგში [OR 0.56 (0.34, 0.93) p = 0.025] და [OR 0.51 (0.29, 0.91) p = 0.023], ხოლო თვითდასაქმებული ქალები კარგი მატერიალური შესაძლებლობებით, ალკოჰოლის და გლუკოზის ჭარბად მომხმარებლები, და არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობის მქონე ქალები უფრო მეტად იყვნენ ჩართული სკრინინგში(121)

ცნობადობა

მიუხედავად მაღალი გავრცელებისა, HPV-ს შესახებ ინფორმირებულობა უმეტეს ქვეყნებში, ახალგაზრდებშიც კი, ზოგადად ცუდია(101). ევროპულ ქვეყნებში HPV ვაქცინების შემოღებამდე ან მის შემდეგ ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ HPV-ის შესახებ ინფორმირებულობა მერყეობდა 14%-დან 30%-მდე (50,76).

ქალები უფრო ინფორმირებულნი იყვნენ, ვიდრე მამაკაცები და უმაღლესი განათლება იყო ინფორმირებულობის პროგნოზული ფაქტორი (101).

HPV-ის ცოდნა კორელაციაში იყო HPV ვაქცინაციასთან (76,101).

პალესტინელი ქალების საერთო ცნობადობა სეკ-ს რისკ-ფაქტორების შესახებ დაბალი იყო. მათი აზრით, ყველაზე ხშირად გამოვლენილი რისკის ფაქტორი იყო „დასუსტებული იმუნური სისტემა“ (n = 5458, 77.3%), „სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები“ (n = 5388, 76.3%). ყველაზე ნაკლებად გამოვლენილი რისკის ფაქტორი იყო მრავალშვილიანობა (n = 1597, 22.6%). მხოლოდ 1670 ქალმა (23.7%) კარგად იცოდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორები. დაზას სექტორში მცხოვრები ქალები დასავლეთ სანაპიროზე და იერუსალიმში მცხოვრებ ქალებზე უფრო მეტად ფლობდნენ ცოდნას (25.2% 22.7%).

ნიგერიაში ჩატარებული კვლევების თანახმად, გამოკითხულთაგან მხოლოდ 39-ს (12.8%) სმენია საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ. ცუდი იყო სეკ-ს სკრინინგისა და ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) იმუნიზაციის შესახებ ცოდნა. რესპონდენტთა უმეტესობა (64.3%) თავს არ მიიჩნევდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ჯგუფში, თუმცა, უმრავლესობა (88.9%) მზად იყო გაეწყო სკრინინგი და 93.8% მზად იყო ჩატარებინა HPV იმუნიზაცია ან ვაქცინაციის რეკომენდაცია გაეწია მეგობრის ან ნათესავისათვის. მხოლოდ 2-მა (0.7%) გაიკეთა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული ტესტი და არცერთს არ გაუკეთებია HPV ვაქცინა არც თავისთვის და არც თავისი ქალიშვილებისათვის(128).

ეთიოპიაში დაბალი იყო მშობლების ცოდნა და სურვილი HPV ვაქცინის მიმართ(115).

კამერუნში ქალებს აქვთ დაბალი ცოდნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს, კიბოსწინარე დაზიანებებისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მეთოდების შესახებ (145).

სამხრეთ აფრიკელი სტუდენტების გამოკითხვამ ჩვენა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს და მისი გამოვლენის მეთოდის შესახებ ინფორმირებულობის დონე დაბალი იყო ქალ სტუდენტებში. მონაწილეთა ნახევარს (53.3%) სმენია საშვილოსნოს ყელის კიბოს და მისი გამოვლენის მეთოდის შესახებ. მონაწილეთა ნახევარზე მეტმა (60%) და მესამედზე მეტმა (37.8%) იცოდა ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) და მრავალჯერადი სექსუალური პარტნიორის, როგორც საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორების შესახებ. ნახევარზე მეტმა (55.3%) აღნიშნა, რომ მათ არ იცოდნენ, შესაძლებელია თუ არა საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია. უმრავლესობამ (76.7%) იცოდა, რომ პაპანიკოლაუს (პაპ) ნაცხის ტესტი გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენის ან პროფილაქტიკისთვის. მათ შორის, ვინც სქესობრივად აქტიური იყო და იცოდა პაპ ტესტის შესახებ, 79.3%-ს არ გაუკეთებია ტესტი ძირითადად პირადი ფაქტორების გამო, როგორცაა პროცედურის შიში(87,88)

ანონიმური და ნებაყოფლობითი გამოკითხვის გამოყენებით, ჩატარდა პოლონელი ახალგაზრდების ცოდნის შეფასება HPV ვაქცინისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგდ) შესახებ. მხოლოდ 24%-მა იცოდა HPV ინფექციის პოტენციური ონკოლოგიური რისკის შესახებ. მხოლოდ 14%-მა მიუთითა HPV-ზე. მონაწილეთა 94%-ის აზრით, ვაქცინები ეფექტური და უსაფრთხოა, თუმცა გოგონების მხოლოდ 8%-მა და ბიჭების 5%-მა განაცხადა, რომ აცრილი იყო HPV-ზე. ამავდროულად, 43%-მა განაცხადა სურვილი მომავალში საკუთარი შვილის აცრის. HPV ვაქცინაციის ჩატარების ბარიერად მონაწილეებმა, პირველ რიგში, მიუთითეს საკმარისი ცოდნის ნაკლებობა (64%) და ვაქცინაციის აუცილებლობის შესახებ ინფორმირებულობის ნაკლებობა (51%). ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის ძირითადი წყარო იყო ინტერნეტი (93%) და სკოლა (67%). მონაწილეთა მხოლოდ 10%-მა განიხილა ექიმთან HPV და ვაქცინა. ამ მოზარდებს მეტი ცოდნა ჰქონდათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ($P = 0.0002$) და მის კავშირზე HPV ინფექციასთან ($P = 0.0001$). ამრიგად

პოლონელ მოზარდებს აქვთ დადებითი დამოკიდებულება HPV ვაქცინების მიმართ, მაგრამ მათი ცოდნა ჯერ კიდევ არაა დამაკმაყოფილებელია (154, 155).

ჩრდილო-დასავლეთ ეთიოპიაში, პედაგოგებს შორის ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მასწავლებელთა უმეტესობის ცოდნა და დამოკიდებულება საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიმართ დაბალი იყო. ცოდნასთან დაკავშირებული ფაქტორები იყო ქორწინებაში ყოფნა, საბუნებისმეტყველო მეცნიერების პედაგოგი, მედიცინის პროფესიონალებისგან ინფორმაციის მიღება (119).

სამხრეთ აღმოსავლეთ ნიგერიაში, გინეკოლოგიურ ჰოსპიტალში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ კითხვარების 72% სწორად იყო შევსებული და გაანალიზებული. რესპონდენტთა საშუალო ასაკი იყო 36.2 წელი, 25.0%-ს ჰქონდა უმაღლესი განათლება და 40.3% იყო თვითდასაქმებული. ყველა რესპონდენტი სექსუალურად აქტიური იყო. აღინიშნა ქორწინებამდე სექსის მაღალი მაჩვენებლები, მრავალი სქესობრივი პარტნიორი, არანორმალური ვაგინალური გამონადენი და პრეზერვატივის იშვიათი გამოყენება. ინფორმირებულობა სეკს-ს, (37.5%), მისი პრევენციის შესაძლებლობების (31.9%), სეკს-ს სკრინინგის (25%) და სკრინინგ ცენტრების შესახებ (20.8%) ზოგადად დაბალი იყო, ხოლო სკრინინგში მონაწილეობა (0.6%) ძალიან დაბალი იყო. სკრინინგის არ ჩატარების მთავარ მიზეზად რესპონდენტებმა დაასახელეს ინფორმირებულობის ნაკლებობა, ადგილობრივი სკრინინგ ცენტრების არარსებობა, ხარჯები და დრო (58).

საუდის არაბეთში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ საკვლევი ჯგუფის 16%-ზე ნაკლებს სმენია HPV-ს შესახებ. პაპ ნაცხის შესახებ ინფორმირებულობა და ცოდნა ამ ტესტის, როგორც სკრინინგის ინსტრუმენტის შესახებ, განსხვავებული იყო მამრობითი (5.9%) და მდედრობითი სქესის (27.9%) მონაწილეებთან. მამაკაცებისა და ქალების 66 პროცენტმა და 53.5%-მა იცოდა, რომ HPV სქესობრივი გზით გადამდებია. მამაკაცების მხოლოდ 4.2%-მა და ქალთა 11.8%-მა იცოდა, თუ როგორ შეიძლება დაისვას HPV დიაგნოზი(11).

ზოგადად აფრიკის რეგიონს აქვს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველაზე მაღალი სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. მაღალი გავრცელება მიეწერება

რამდენიმე ფაქტორს, მათ შორის დაავადების შესახებ ინფორმირებულობის ნაკლებობას(20).

ინდოეთში შეისწავლეს პროფესიული კოლეჯის 100 სტუდენტის ინფორმირებულება სეკ-ს შესახებ. კვლევაში მონაწილე სტუდენტების უმეტესობამ არ იცოდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისა და პრევენციის შესახებ. სეკ-თი გამოწვეული სიკვდილი ტრაგიკულია, რადგან ამ ტიპის კიბო ნელა ვითარდება, რაც განკურნებადია და მისი პრევენცია შესაძლებელია სკრინინგის საშუალებით. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ ნეგატიური დამოკიდებულებები და ცოდნის ხარვეზები ადრევე უნდა მოგვარდეს მანამ, სანამ ქალები მიაღწევენ შესაბამის ასაკს სკრინინგისა და ვაქცინაციისთვის (71,111).

კვლევამ აჩვენა, რომ ყოველი მეხუთე სკოლის მოსწავლე ქალაქ ლირაში, ჩრდილოეთ უგანდაში, აიცრა HPV ვაქცინით. აცრილებს შორის სარწმუნოდ მეტი იყო იმ გოგონების რაოდენობა, რომლებსაც სკოლაში ასწავლიდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ და მიიღეს რეკომენდაციები ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან (120).

ასევე ძალიან დაბალია პაკისტანელი ქალების ინფორმირებულობა სეკ-ს და მისი სკრინინგის შესახებ, მიუხედავად კვლევის მონაწილეების წიგნიერების კარგი სტატუსისა (150).

შეადარეს ცოდნის დონე, დამოკიდებულება და ცნობიერება სეკ-ს, HPV ინფექციისა და ვაქცინაციის შესახებ სამედიცინო სტუდენტებს შორის მთელი მსოფლიოდან - მედიცინის სტუდენტების ფეისბუქ ჯგუფებში კითხვარის გაზიარებით. გააანალიზეს 736 რესპოდენტის პასუხი, რომელთაგანაც 74.3% იყო ქალი და 25.7% მამაკაცი. მათი საშუალო ასაკი იყო 23,14 წელი. რაც შეეხება რესპონდენტთა ცოდნას საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ, მონაწილეთა 28.8%-მა უპასუხა - HPV ინფექცია, 23.5%-მა აირჩია „ბევრი სქესობრივი პარტნიორის ყოლა“, 15.4%-მა - „სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ახალგაზრდა ასაკში“, 14.7%-მა აირჩია აივ ინფექცია და 13,3%-მა - მოწევა. რაც შეეხება პაპ ტესტის ცოდნას, სტუდენტების 92,4%-მა განაცხადა, რომ იცოდა რა არის ეს, თუმცა ამ რესპონდენტთა 98,5%-მა აირჩია სწორი პასუხი. სეკ-ს ადრეული გამაფრთხილებელი ნიშნების ცოდნასთან დაკავშირებით, 34.4%-მა დაასახელა სისხლდენა საშოდან. ამერიკელ, აღმოსავლეთ და დასავლეთ

ევროპელ სტუდენტებს მეტი ცოდნა ჰქონდათ რისკის ფაქტორების, საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული ნიშნების და პაპ ტესტის შესახებ, ვიდრე აფრიკელ და აზიელ სტუდენტებს. სქესობრივად აქტიური ქალების 50% ერთხელ მაინც იყო წასული პაპ ტესტის სკრინინგზე. მონაწილეთა 39.8%-მა განაცხადა, რომ ჩაიტარს HPV ვაქცინაცია. კვლევის შედეგები ხაზს უსვამს დამატებითი საგანმანათლებლო ღონისძიებების საჭიროებას HPV ინფექციის შესახებ ცოდნისა და ცნობიერების გასაუმჯობესებლად, განსაკუთრებით სამედიცინო სტუდენტებს შორის, რადგან ისინი იქნებიან მომავალი ჯანდაცვის პროვაიდერები (75).

უახლესმა სამოდულო კვლევამ აჩვენა, რომ როგორც HPV ვაქცინაციის, ასევე სეკ-ს სკრინინგის ფართოდ გაშუქებამ 2020 წლიდან შეიძლება მოახდინოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს 12.5-13.4 მილიონი ახალი შემთხვევის თავიდან აცილება 2070 წლისთვის და მიაღწიოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს თითქმის აღმოფხვრას უმეტეს ქვეყნებში საუკუნის ბოლოს (144). ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი პრევენცია (HPV ვაქცინაცია) და მეორადი პრევენცია (საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი) თანაბრად მნიშვნელოვანი კომპონენტებია ელიმინაციის სტრატეგიისათვის სხვადასხვა ასაკის ქალებში (135).

HPV-ის შესახებ ცნობიერების ამაღლება შესაძლებელია ონლაინ სოციალური მედიის პლატფორმაში მონაწილეობით და პერსონალიზებული ჯანმრთელობის შესახებ შეტყობინებების მიღებით(28).

ისეთი ფაქტორები, როგორცაა განათლება, შემოსავალი და საცხოვრებელი ადგილი, მნიშვნელოვანია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისათვის (54, 123, 138).

გარკვეულ ქვეყნებთან დაკავშირებული კიბოს რისკის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებამ შესაძლოა წაახალისოს მოზარდები დამცავი ქვეყნის მიმართულებით(136).

ბარიერები

სეკ-ს აღმოფხვრა დამოკიდებულია კიბოსწინა დაავადების ადრეულ იდენტიფიცირებაზე და მისი დროული გამოვლენის ბარიერების მოხსნაზე.

შეერთებულ შტატებში სეკ-ს ავადობის სიხშირის და სიკვდილიანობის მუდმივი კლება განპირობებულია სეკ-ს სკრინინგ ტესტების გაზრდილ

გამოყენებასთან. თუმცა, არსებობს განსხვავებები პაპ-ტესტის ჩატარებაში, რაც შეიძლება ნაწილობრივ გამოწვეული იყოს აღქმული ბარიერებით ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორების შესახებ ცოდნის ნაკლებობით. ანალიზმა აჩვენა მნიშვნელოვანი კორელაცია განათლებასა და რისკ-ფაქტორების ცოდნას შორის ($r=0.1381$, $P<0.01$). მრავალვარიანტულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ თეთრებთან შედარებით, ესპანურენოვანებს უფრო მეტად აქვთ კიბოს დიაგნოზის შიში (OR 1.56, 95% CI 1.00–2.43), ენის ბარიერი (OR 4.72, 95% CI 2.62–8.50) და მამაკაცი ექიმების (OR 2.16), 95% CI 1.32–3.55) როგორც ბარიერების აღქმა. გამოვლენილი ბარიერები იცვლებოდა ასაკის, ოჯახური მდგომარეობისა და ადრე ჩატარებული სკრინინგის მიხედვით(9).

დაგვიანებულ სეკ-ს დიაგნოზთან დაკავშირებული ფაქტორები იყოფა სამ კომპონენტად, მათ შორისაა პაციენტის ფაქტორი, სამედიცინო ისტორია და ჯანდაცვის სისტემის ფაქტორი. პაციენტისმიერი ბარიერები მოიცავს სოციალურ-დემოგრაფიულ, ქმრის/პარტნიორის და ცოდნის ფაქტორებს. სამედიცინო ისტორია მოიცავდა სამედიცინო საკითხებს, მეანობისა და ოჯახურ ანამნეზს. ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შეფერხებები მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებების და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის დონეს(10).

ამერიკაში მცხოვრები თურქი ემიგრანტი ქალების მოსახლეობაში (საშუალო ასაკი $35,67 \pm 10,0$) ჩატარდა კითხვარზე დაფუძნებული გამოკითხვა. გამოკითხვის ფორმაში, რომელიც შედგებოდა სულ 37 კითხვისა და სამი განყოფილებისგან, კითხვები ეხებოდა ინდივიდების სოციალურ-დემოგრაფიულ მახასიათებლებს, მათ ცოდნას სეკ-ს რისკ-ფაქტორების შესახებ და მათ მიდგომას პაპ ტესტთან დაკავშირებით. ქალების ნახევარზე მეტს (66%) ჩატარებული ჰქონდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მინიმუმ ერთი სკრინინგი, ორ მესამედზე მეტმა იცოდა, რომ სეკ-ს რისკია საშოდან პათოლოგიური სისხლდენა (85.8%) და ინფექციები (78.2%), მრავალი სქესობრივი პარტნიორი (61.5%) და სექსუალური აქტივობა მამაკაცთან, რომელსაც ჰყავდა მრავალი პარტნიორი (61.5%)(160).

სერბეთში ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ სოციალური და პიროვნული ბარიერების ურთიერთქმედება გავლენას ახდენდა ქალების ცუდ

წარმოდგენაზე სკრინინგის შესახებ. სკრინინგისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერები იყო: არაადეკვატური განათლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში, პაციენტზე მორგებული ჯანდაცვის სერვისების ნაკლებობა, სოციალურ-კულტურული თავისებურებებით განპირობებული ჯანმრთელობის რწმენები, გენდერული როლები და პიროვნული სირთულეები(112).

ნორვეგიაში აღინიშნება სეკ-ს დაბალი სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რაც ძირითადად განპირობებულია სეკ-ს სკრინინგში ქალების მაღალი მონაწილეობით. თუმცა, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვა დაბალი იყო ემიგრანტ ქალებში. ამიტომ ჩაატარეს კვლევა სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერებისა და გამოწვევების შესახებ სომალელ და პაკისტანელ ქალებში ოსლოს რეგიონში. კვლევამ აღმოაჩინა სეკ-ს სკრინინგის სამი დონის ბარიერი. ინდივიდუალური დონე მოიცავდა სკრინინგის უპირატესობების გაცნობიერების ნაკლებობას. სოციალურ-კულტურული დონე მოიცავდა სტიგმას, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებასთან და რწმენასთან, რომ გაუთხოვარი ქალები სექსუალურად არააქტიურები არიან. სისტემასთან დაკავშირებული დონე მოიცავდა ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნდობის ნაკლებობას (72).

მიუხედავად სეკ-ს ეროვნული სკრინინგის პროგრამისა, რომელიც ესტონეთში შეიქმნა 2006 წელს, სეკ-ს სიხშირე 2020 წელს მაინც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი იყო ევროპაში. 25-64 წლის ქალებში სკრინინგში მონაწილეობის შესაძლო ბარიერების უკეთ გასაგებად, გამოიკვლიეს 2004-2020 წლებში პაპ ნაცხის ჩატარების ტენდენციისა და სხვადასხვა ბარიერებს შორის ასოციაციების ანალიზი. 2004-2020 წლებში პაპ ნაცხის მთელი ცხოვრების მანძილზე ჩატარების პრევალენტობა გაიზარდა 50.6-დან 86.7%-მდე ($P < 0.001$). 2004 წლიდან 2020 წლამდე პაპ ნაცხის ჩატარება მნიშვნელოვნად გაიზარდა 25-34, 35-44, 45-54 და 55-64 წლის ქალებში, როგორც ესტონელებსა ისე არაესტონელებს შორის და, ძირითადად, საშუალო და უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში ($P < 0.001$). პაპ ნაცხის ჩატარებაში განსხვავება გაიზარდა ესტონელებსა და არაესტონელებს შორის, მაგრამ დროთა განმავლობაში შემცირდა განათლების დონეებს შორის. ბარიერები დაკავშირებული იყო სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებთან: ახალგაზრდა ასაკი, არაესტონელი და მარტოხელა ქალები, დაბალი

განათლების დონე და უმუშევრობა, ჭარბი წონა და სიმსუქნე, ქრონიკული დაავადების არსებობა და დეპრესია (152).

დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მკერდისა და სყკ-ს საგანგაშო მაღალი ზრდაა. განკურნების უფრო დაბალი მაჩვენებელი გამოწვეულია ექიმთან დაგვიანებული მისვლით. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სკრინინგის პროგრამები არ არის ყოვლისმომცველი. ძირითადი ბარიერებია: ინფორმირებულობის ნაკლებობა, სკრინინგის სერვისის ღირებულება და სკრინინგ ცენტრამდე მანძილი. გამოვლინდა უხერხულობა და შიში სკრინინგის პროცედურის დროს და კულტურული ფაქტორები, როგორცაა მეუღლის ან ოჯახის მხარდაჭერის ნაკლებობა (147).

ჰაიტელ ქალებში HPV და სყკ-ს შესახებ ცოდნის დონე, პრევენციულ ზომებთან ერთად, საგანგაშო დაბალი იყო. ტრადიციული ჯანდაცვის პრაქტიკა, კულტურული მსოფლმხედველობა და სოციალური ქსელები გავლენას ახდენდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციაზე. დადგინდა, რომ ჯანდაცვის სისტემების ბარიერები იყო გავრცელებული ბარიერი ჰაიტი ქალებს შორის აშშ-ში(78).

ეკვადორში, მიუხედავად იმისა, რომ სყკ მეორე ყველაზე გავრცელებული კიბოა ქალებში, რეპროდუქციული ასაკის ქალების მხოლოდ 58.4%-ს ჰქონდა ერთხელ მაინც გავლილი სყკ-ს სკრინინგი. კვლევაში მონაწილეობდა 28 ქალი და 27 ჯანდაცვის პროფესიონალი (HP). ორი ჯგუფი აღიქვამდა სხვადასხვა ბარიერებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის. HP-ებმა მიიჩნიეს ბარიერები ძირითადად პოლიტიკის დონეზე (სტრუქტურირებული სკრინინგის გეგმის არარსებობა; ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ნაკლებობა) და ინდივიდუალურ დონეზე (რისკის აღქმის ნაკლებობა; პირადი შეხედულებები). ქალებმა აღნიშნეს ბარიერები ძირითადად ორგანიზაციულ დონეზე, როგორცაა ხანგრძლივი ლოდინის დრო, ჯანდაცვის ცენტრებში წვდომის ნაკლებობა და პაციენტისა და ექიმის არაადეკვატური კომუნიკაცია. ორივე ჯგუფმა მოიხსენია ფასილიტატორები პოლიტიკის დონეზე, როგორცაა ეროვნული კამპანიები, რომლებიც ხელს უწყობენ სყკ-ს სკრინინგს საზოგადოებისა და ინდივიდუალურ დონეზე, ჯანმრთელობის საკითხებში წიგნიერების და ქალთა უფლებებისა და შესაძლებლობების გაფართოვების ჩათვლით (162).

ნიგერიაში სყკ-ს სკრინინგისთვის ხშირად მოხსენებული ბარიერები მოიცავდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და სკრინინგის შესახებ ცოდნის ნაკლებობას, ჯანდაცვის სერვისის ფაქტორებს, სკრინინგის არასაჭიროდ აღქმას, შედეგისა და პროცედურის შიშსა და ფინანსურ შეზღუდვებს(109).

დიდ ბრიტანეთში მცხოვრები 25-64 წლის ასაკის 18000 ქალის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ სყკ-ს სკრინინგის ყველაზე ხშირად მოხსენებული ბარიერები იყო: ტკივილი/დისკომფორტი, უხერხულობა და დროის უქონლობა(166).

კანადაში ემიგრანტ ქალებს შორის ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ სკრინინგის ყველაზე გავრცელებულ ბარიერებს მიეკუთვნებოდა განათლების ნაკლებობა, დაბალი შემოსავალი, უპირატესობის მინიჭება ქალი ექიმისათვის, ცოდნის ნაკლებობა, ეფექტური კომუნიკაციის ნაკლებობა და უხერხულობა(59).

ირანელ ქალთა შორის ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ქალებს ჰქონდათ შეზღუდული და დაუზუსტებელი ცოდნა სყკ-ს და სკრინინგის შესახებ, რასაც ემატებოდა მცდარი წარმოდგენები ინფექციისა და კიბოს პრევენციის ღონისძიებების შესახებ. სოციალურმა და კულტურულმა ბარიერებმა შეაფერხა სათანადო კომუნიკაცია ჯანდაცვის სისტემას/პროვაიდერებსა და კლიენტებს შორის სყკ-ს და სკრინინგთან დაკავშირებულ საკითხებზე. სყკ-ს რისკის აღქმა დაბალი იყო მემკვიდრეობითი ფაქტორების როლის გადაჭარბებული შეფასების, კიბოსა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (STI) დიფერენცირების სირთულის გამო და ხილული სიმპტომების არარსებობის გამო(17).

კენიელი ქალებისათვის სკრინინგის ბარიერები მოიცავდა ხელმისაწვდომობას (ტრანსპორტი, ღირებულება), მეუღლის აზრს, სტიგმას, უხერხულობას სკრინინგის დროს, შემფოთება გინეკოლოგიური ინსტრუმენტე ბის გამოყენებასთან დაკავშირებით, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს უნაყოფობა, ტესტის შედეგების შიშს, ცოდნის ნაკლებობას და რელიგიურ ან კულტურულ შეხედულებებს(107).

უგანდელი ქალების მიერ ყველაზე ხშირად მოხსენებული ბარიერები იყო უხერხულობა, სკრინინგის პროცედურის ან სკრინინგის შედეგის შიში, შორეულ

რეგიონში ან სოფლად ცხოვრება და შეზღუდული რესურსები და ინფრასტრუქტურა (25).

ნიგერიაში სეკ სკრინინგის ჩატარების უპირატესი ბარიერები იყო სკრინინგის ღირებულება, დადებითი შედეგების შიში, ინფორმირებულობის ნაკლებობა, რისკის დაბალი აღქმა და დროის ნაკლებობა. ამის საპირისპიროდ, ქორწინებაში ყოფნა, ასაკის მატება, ინფორმირებულობა სკრინინგის მეთოდების შესახებ და ექიმის რეკომენდაცია იყო ყველაზე მეტად გამოვლენილი ხელის შემწყობი ფაქტორები(126).

ინდონეზიაში გამოვლენილი ბარიერები ფოკუსირებული იყო: ცოდნის/ინფორმირებულობის ნაკლებობაზე და სკრინინგის მიმართ ნდობის ნაკლებობაზე, გამოვლინდა შიში, ფატალიზმი და უხერხულობა; დროისა და ტრანსპორტის შეზღუდვები და ქმრის მხრიდან მოწონებისა და მხარდაჭერის ნაკლებობა(137).

ყველაზე ხშირი ინდივიდუალური დონის ბარიერები იყო ზოგადად საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სკრინინგის შესახებ ცოდნისა და ინფორმირებულობის ნაკლებობა (149). კულტურული/ტრადიციული და რელიგიური ბარიერები მოიცავდა სკრინინგის აკრძალვას და პარტნიორებისა და ოჯახების მხარდაჭერის არქონას, ხოლო სოციალური ბარიერები ძირითადად გამოწვეული იყო საზოგადოების მცდარი შეხედულებებით. ჯანდაცვის სისტემის ბარიერები მოიცავდა პოლიტიკასა და პროგრამულ ფაქტორებს, ხოლო სტრუქტურული ბარიერები დაკავშირებული იყო გეოგრაფიასთან, განათლებასთან და ხარჯებთან. ამ ბარიერების ძირითადი მიზეზები მოიცავდა შეზღუდულ ინფორმაციას საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და სკრინინგზე - როგორც პრევენციულ სტრატეგიაზე. რესურსებით არასაკმარისად უზრუნველყოფილ ჯანდაცვის სისტემებს, რომლებიც არასაკმარისად ან ცუდად ახორციელებდნენ პროგრამებს, ჯანდაცვის სერვისებზე განზოგადებულ შეზღუდულ ხელმისაწვდომობას და გენდერულ ნორმებს, რომლებიც ნაკლებად ითვალისწინებდნენ ქალთა ჯანმრთელობის საჭიროებებს(131).

სეკ-ს სიხშირე და სიკვდილიანობა დაკავშირებულია სიღარიბესთან. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი და ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინაცია განხორციელდა მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში; თუმცა, დაფარვა მცირეა დაბალ და

საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში (LMICs). ჯანმო-მ მოუწოდა ქვეყნებს გლობალური მოქმედების გატარებისაკენ ვაქცინაციის, სკრინინგისა და კიბოსწინარე სიმსივნის მკურნალობის, ინვაზიური კიბოს ადრეული გამოვლენისა და სწრაფი მკურნალობის, აგრეთვე პალიატიური მზრუნველობის გასაძლიერებლად(144).

განათლების დონის და ცნობადობის გაუმჯობესებით, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და სკრინინგისა და ვაქცინაციის გაფართოებული პროგრამების მეშვეობით, შეიძლება მიღწეული იქნას საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის შემცირება (57).

III. მასალა და მეთოდები

კვლევას საფუძვლად დაედო 25-დან 60 წლამდე ასაკის (საშუალო ასაკი 42.11±12.17) 582 ქალის გამოკითხვის შედეგები.

რესპოდენტების შერჩევა მოხდა ამბულატორიებში (არასკრინინგულ დაწესებულებაში). რანდომიზაციით შეირჩა თბილისის 4 ამბულატორია (თითო ამბულატორია თბილისის თითო რაიონში), ასევე 4 რეგიონული ამბულატორია, ორი დასავლეთ საქართველოში, 2 აღმოსავლეთ საქართველოში.

კვლევის ინსტრუმენტს შეადგენდა კითხვარი, რომელიც შედგენილი იქნა ექსპერტთა ჯგუფის მიერ, რომელშიც შედიოდნენ ფსიქოლოგები, ექთნები, ჯანდაცვის სპეციალისტები და სკრინინგ პროგრამის განმახორციელებლები. კითხვარი ითვალისწინებდა საქართველოს სოციალურ მდგომარეობას, არსებულ განათლების სისტემას და ეთნიკურ თავისებურებებს. შემუშავებული კითხვარის ვალიდაცია მოხდა 61 რესპონდენტზე [26].

კითხვარი მოიცავდა საცხოვრებელ ადგილთან, ეროვნებასთან (ეთნიკურ კუთვნილებასთან), რელიგიურ კუთვნილებასთან, ოჯახურ მდგომარეობასთან, განათლებასთან, დასაქმებასთან, სეკს და მისი სკრინინგის შესახებ ინფორმირებულობასთან, სკრინინგში მონაწილეობის პრაქტიკასთან, მონაწილეობის ბარიერების თვითაღქმასთან (თვითშეფასებასთან) დაკავშირებულ საკითხებს

თითოეულ მონაწილეს განუმარტეს კვლევის შინაარსი და მიზანი და მიიღეს წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა. რესპონდენტისთვის ყველაზე კომფორტული გარემოს შესაქმნელად მათთან შეთანხმებული იყო ინტერვიუს ჩატარების დრო და ადგილი.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა: საქართველოს მოქალაქეობა, „სკრინინგის ასაკი“ (25-60 წელი), სეკს ან საშვილოსნოს ყელის სხვა პათოლოგიის მიმდინარე ან წინასწარი დიაგნოზის არარსებობა.

გამორიცხვის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა - ქართული ენის არასათანადო ცოდნა, მენტალური დარღვევები (დადასტურებული ოჯახის ექიმების მიერ) უარი კვლევაში ჩართვაზე.

ყველა პროცედურა ჩატარდა ეროვნულ სკრინინგ ცენტრში ეთიკის კომისიის ეთიკური მოთხოვნების შესაბამისად (პროტოკოლი №25/1, 04,2019 წლის თებერვალი) და 1964 წლის ჰელსინკის დეკლარაციის შესაბამისად.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ კითხვარის ვალიდაციისათვის საპილოტე კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 16-74 წლის ასაკის (საშუალო ასაკი - 31.10±13.53) 61 ქალმა.

შემუშავებულმა კითხვარმა საბოლოო ჯამში მიიღო ასეთი სახე (ცხრილი 3.1)

ცხრილი 3.1. ანკეტა-კითხვარი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნობადობის შესახებ

სახელი, გვარი -----

მისამართი

1.	რეგიონი	
2.	ასაკი	
3.	ეროვნება	ქართველი
4.		აზერბაიჯანელი
5.		სომეხი
6.		რუსი
7.		სხვა
8.		რელიგია
9.	მაჰმადიანი	
10.	სხვა	
11.	ქჯახური მდგომარეობა	დაქორწინებული
12.		განქორწინებული
13.		ქვრივი
14.		დაუქორწინებელი
15.		პარტნიორი ქორწინების გარეშე

16.	რა ასაკში დაქორწინდით პირველად	პირველი ქორწინების ასაკი
17.	რამდენი შვილი გყავთ	არცერთი
18.		
19.		1
20.		4—5
21.		6—10
22.		>10
23.	რა განათლება გაქვთ	დაწყებითი
24.		არასრული საშუალო
25.		საშუალო განათლება
26.		უმადლესი და უნივერსიტეტი
27.	სად მუშაობთ	საჯარო სამსახური
28.		ქტუდენტი
29.		მცირე მეწარმე
30.		დიასახლისი
31.		თვითდასაქმებული
32.		გლეხი
33.	რა იცით საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ	თუ გსმენიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ
34.		საშვილოსნოს ყელის კიბო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა
35.		საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკა შესაძლებელია
36.		საშვილოსნოს ყელის კიბოს თავიდან აცილება შესაძლებელია

		ახალგაზრდა გოგონების ვაქცინაციით.
37.		საშვილოსნოს ყელის კიბოს თავიდან აცილება შესაძლებელია სასქესო ორგანოების სამედიცინო გამოკვლევით (პაპ ნაცხი)
38.		საშვილოსნოს ყელის კიბოს განკურნება შესაძლებელია ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.
39.		საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე პაციენტებზე ქირურგიულმა ჩარევამ შეიძლება ხელი შეუწყოს კიბოს გავრცელებას
40.	საიდან გაიგეთ	რადიო-ტელევიზია
41.	საშვილოსნოს ყელის კიბოს	ინტერნეტი
42.	შესახებ	სამედიცინო პერსონალი
43.		ოჯახი
44.		მეგობრები
45.	რა არის თქვენი აზრით საშვილოსნოს ყელის კიბოს	აბების და ინექციების გამოყენება ოჯახის დაგეგმვისთვის
46.	განვითარების მიზეზები	სექსუალური აქტივობის ადრეული დაწყება
47.		საშვილოსნოს ყელის კიბო გადამდებია სქესობრივი გზით
48.		რამდენიმე სექსუალური პარტნიორი

49.		სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან, რომელსაც ბევრი პარტნიორი ჰყავს
50.		სქესობრივი კავშირი ადამიანთან, რომელსაც ღმერთი არ სწამს
51.		ტრავმული / უხეში სქესობრივი აქტი
52.		ჰიგიენა - სასქესო ორგანოების არასაკმარისი დაბანა, განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირის შემდეგ
53.		სქესობრივი კავშირი მენსტრუალური პერიოდის განმავლობაში
54.		სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე
55.		მრავალშვილიანობა
56.		აბორტები
57.		გვიანი მშობიარობა
58.		საშვილოსნოს ყელის კიბო მემკვიდრეობითია; ქალი დაავადდება, თუ იგი ჰქონდა დედას, დეიდას ან ბებიას.
59.		საშვილოსნოს ყელის კიბო გადამდებია; შეიძლება დაავადდეს ამ დაავადების მქონე ადამიანთან ურთიერთობისას.
60.		საშვილოსნოს ყელის კიბო გავლენას ახდენს ღარიბ ქალებზე
61.		ცუდი ეკოლოგია

62.		არასწორი კვება
63.		ჭარბი წონა
64.		სიგარეტი / თამბაქო
65.		ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება
66.	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები	სისხლდენა საშოდან მენსტრუაციებს შორის პერიოდში
67.		სისხლდენა საშოდან პოსტმენოპაუზურ პერიოდში
68.		სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ.
69.		ზედმეტი ვაგინალური გამონადენი, ხშირად უსიამოვნო სუნით
70.		ტკივილი მუცლის ქვედა არეში
71.		გენიტალური ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს (დისპარეუნია)
72.		ჩატარებული გაქვთ თუ არა სკრინინგი (თუ არასოდეს არ ჩაგიტარებიათ, უპასუხეთ ქვემოთ მოცემულ შეკითხვებს
73.	არ მაქვს ინფორმაცია	საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ
74.		სკრინინგის პროცედურის შესახებ
75.		პაპ ტესტის შესახებ
76.		სად უნდა გაიაროთ სკრინინგი
77.		პაპ ტესტის ჩატარების პროცედურის შესახებ
78.	რესურსების ნაკლებობა	არ მაქვს დრო

79.		არა მაქვს ფული
80.		ვერ მივდივარ საავადმყოფოში
81.		არ შემიძლია საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი
82.	ექიმთან დაკავშირებული	არ არის ჩემთვის მისაღები ექიმი
83.	ბარიერები	უხერხულობას განვიცდი მამაკაც ექიმებთან
84.		არ ვენდობი ინფორმაციის შენახვის თვალსაზრისით
85.		მიჭირს ურთიერთობა, რადგან კარგად არ ვიცი ენა
86.		არ ვენდობი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხს
87.	ვთვლი, რომ არ არის საჭირო, რადგან	ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან ვარ ასაკოვანი
88.		ვარ ძალიან ახალგაზრდა
89.		პაპ – ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავდათ ბევრი სექსუალური პარტნიორი
90.		პაპ – ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილები
91.		პაპ-ტესტის გაკეთებას არ ითხოვს ექიმი
92.		სკრინინგის გაკეთება არ არის საჭირო, თუ პრობლემები არ არის
93.	ფსიქოსოციალური:	არ მაინტერესებს

94.		არ მოეწონება ჩემს ქმარს, ახლობლებს
95.	სკრინინგის, ტესტის შედეგების შიში,	მეშინია, რომ ტესტი ის გამოავლენს კიბოს
96.		თუ კიბო გამოვლინდება, შეიძლება შეგვხვდეს უსიამოვნება მე და ჩემი ოჯახის წევრებს
97.		სოციალური იმიჯის შემცირების შიში
98.		თუ კიბო გამოვლინდება, პარტნიორს. ქმარს შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა,
99.		რა შეიძლება იფიქროს ექიმმა, როდესაც ქალი მას მოსთხოვს პაპ – ტესტის ჩატარებას,
100.	პროცედურის შიში	ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიში
101.		ინსტრუმენტების შიში
102.		ტკივილის შიში

სტატისტიკური ანალიზი

კვლევაში მონაწილე პირთა რაოდენობა განვსაზღვრეთ საპილოტე კვლევის შედეგის გათვალისწინებით, რომელმაც აჩვენა, რომ სკკ-ს შესახებ ინფორმირებულობის მოსალოდნელი სიხშირე შეადგენდა 60%-ს.

$$N=t^2 * P * Q/\Delta^2$$

$$P=0.6, Q=0.4, t=1.96, \Delta^2=0.0025$$

$$\text{მინიმალური } N=369$$

კვლევაში ჩართვა შევთავაზეთ 627 ქალს. მათგან კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 45 ქალმა. ამგვარმად კითხვარი შეავსო 582 ქალმა.

კითხვარის ვალიდურობა დადგინდა კრონბახის ალფას გამოყენებით, 61 რესპოდენტის გამოკითხვის შედეგად. კითხვარში მოცემული ფაქტორებს შორის უნდა იყოს საკმარისი თანხმობა, თუმცა ყველა მათგანს უნდა ჰქონდეს საკუთარი წვლილი კვლევაში. კითხვებს შორის თანხმობა სარწმუნოა, როდესაც $\alpha > 0.70$. თუ თანხმობის კოეფიციენტი 1-ის ტოლია, თანხმობა მქსიმალურია, რაც ნიშნავს, რომ ფაქტორთა ნაწილი აზრობრივად მსგავსია.

რაოდენობრივი მაჩვენებლების შეფასებისათვის ვითვლიდით საშუალოს და სტანდარტულ გადახრას. რაოდენობრივი მაჩვენებლების შემთხვევაში ჯგუფებს შორის განსხვავების სანდოობას ვადგენდით სტუდენტის t კრიტერიუმის გამოყენებით; შედარებისას ვახდენდით დისპერსიების ტოლობის შეფასებას ლევენის მიხედვით (Levene's Test), მიღებული შედეგების მიხედვით კი ვარჩევდით შესაბამის t-კრიტერიუმს.

ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის ვითვლიდით სიხშირეს და პროცენტულ მაჩვენებელს. ჯგუფებს შორის განსხვავების შეფასებას ვახორციელებდით Anova-ს გამოყენებით - F(ფიშერის) კრიტერიუმით.

კავშირებს ხარისხობრივ ფაქტორებს შორის ვსაზღვრავდით სპირმენის (Spearman) რანგული კორელაციური ანალიზის საშუალებით.

ფარდობითი შანსის დადგენას ვახდენდით მულტიფაქტორული ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიული ანალიზით. განსხვავებას მივიჩნევდით სარწმუნოდ, როდესაც $p < 0.05$. სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა SPSS 23 –ის პროგრამული პაკეტის გამოყენებით.

IV. საკუთარი კვლევის შედეგები

4.1. სკკ-ს სკრინინგის სიტუაციური ანალიზი საქართველოში

საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა დაიწყო 2008 წელს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს და საქართველოს პირველი ლედის მხარდაჭერით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის და თბილისის მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით. 2011 წელს საქართველოს მთავრობამ გადაწყვიტა გაეფართოვებინა სკრინინგის პროგრამა ქვეყნის მასშტაბით, რომელსაც აფინანსებს და მეთვალყურეობას უწევს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ხოლო ზემოთ აღნიშნულ ორივე პროგრამას როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში ახორციელებს ეროვნული სკრინინგ ცენტრი და მის მიერ დაკონტრაქტებული სხვადასხვა დონის სამედიცინო დაწესებულებები.

რეალური მდგომარეობა დღეისთვის წარმოდგენილია 4.1. 1 ცხრილში
 ცხრილი 4.1.1. სკკ-ს სკრინინგის მიმდინარეობა საქართველოში

მიღწევები	გამოწვევები
ჩატარებულია 18.0 ათასზე მეტი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (2);	მოსახლეობის დაბალი ცნობიერება კიბოს სკრინინგის სარგებლის შესახებ; არასაკმარისი მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობა; შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის სიმცირე
	საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 25% ცხოვრობს თბილისში; მომდევნო 25% - ისეთ

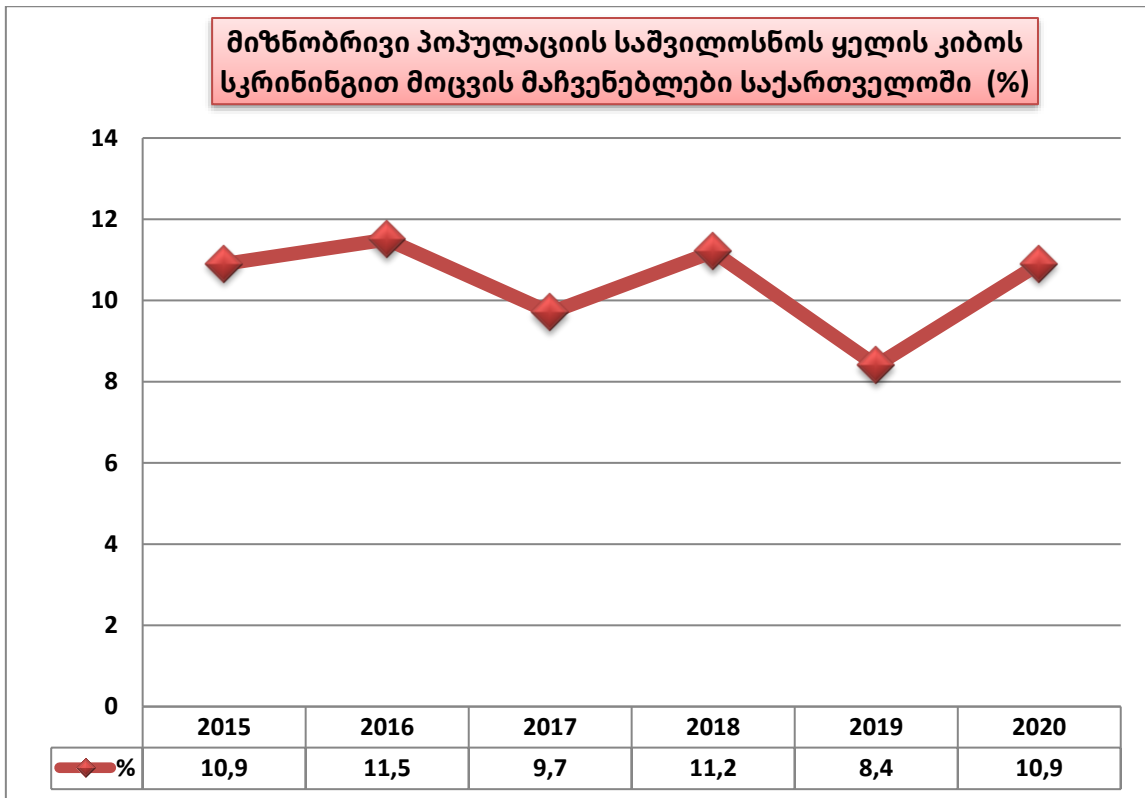
	<p>ქალაქებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა $\geq 100,000$ (ბათუმი, გორი, ქუთაისი, რუსთავი და ზუგდიდი) და 50% - მცირე თემებში, სადაც არ არის საკმარისი მოსახლეობა კიბოს სკრინინგის კლინიკის/სერვისების გასახსნელად. ამ მცირე თემების კიბოს სკრინინგის პროგრამით უზრუნველყოფა გართულებულია იმ თვალსაზრისით, რომ მოსახლეობის ჩართულობა სკრინინგ კლინიკებამდე მისასვლელი დისტანციის უკუპროპორციულია(3).</p>
<p>პირველადი სამედიცინო რგოლის პერსონალს ახლო შეხება აქვს მოსახლეობის იმ ნაწილთან, რომელთაც ჩატარებული აქვთ, ან უნდა ჩაიტარონ სკრინინგი და, ამგვარად, შეუძლიათ გავლენა იქონიონ სკრინინგში მონაწილეობაზე/მოცვის მაჩვენებელზე და სკრინინგის შემდგომი აქტივობების/მეთვალყურეობის შესაბამის განხორციელებზე.</p>	<p>აღნიშნულის განსახორციელებლად პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალს კარგად უნდა ესმოდეს სკრინინგის პროცესი და იცოდნენ როგორ გაუწიონ ეფექტური კონსულტაცია მოსახლეობას სკრინინგის მნიშვნელობის, პაპ-ტესტის განსხვავებული შედეგების, შემდგომი მეთვალყურეობის,</p>

	<p>პროცედურებისა და მკურნალობის შესახებ. ამჟამად ეს ინფორმაცია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კომპეტენციებში არ შედის; ამიტომ, საჭიროა სათანადო მარეგულირებელი მექანიზმების შექმნა და შესაბამისად სასწავლო პროგრამების შემუშავება უწყვეტი სამედიცინო განათლების თვალსაზრისით.</p>
<p>თბილისში ეროვნული სკრინინგ ცენტრის მიერ მომზადებული კოლპოსკოპისტების საკმარისი რაოდენობაა იმისათვის, რომ დაკმაყოფილდეს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგზე არსებული და სამომავლო მოთხოვნა,</p>	<p>ქვეყნის დანარჩენ ნაწილებში აღინიშნება კოლპოსკოპისტების ნაკლებობა.</p>
<p>თბილისში ციტოლოგების და ციტოპათოლოგების რაოდენობა საკმარისია იმისათვის, რომ შესრულდეს თბილისის საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამის მოთხოვნები.</p>	<p>ციტოლოგიის პოტენციური თბილისის მიღმა უნდა გაიზარდოს, რათა დააკმაყოფილოს სკრინინგ პროგრამის საჭიროებები, მისი გაფართოების შემთხვევაში. აგრეთვე გასათვალისწინებელია ციტოლოგიური გარე შეფასების რეკომენდაციები, დაკავშირებული ციტოლოგიური</p>

	<p>მასალის აღების და დამუშავების ხარისხის (რაც ზოგიერთ შემთხვევებში არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს) გაუმჯობესებასთან. ამგვარად, ციტოლოგებმა, რომლებიც ჩაერთვებიან სკრინინგის პროგრამაში, უნდა გაიარონ დამატებითი მომზადება და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განხორციელება სკრინინგის პროგრამაში უნდა გახდეს პრიორიტეტული.</p>
--	--

თბილისის პროგრამაში მუშაობის მე-2 და მე-3 წლისთვის სამიზნე მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელმა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში $\approx 18.5\%$ შეადგინა, ხოლო მეოთხე წელს მაჩვენებელი რამდენადმე შემცირდა; კიდევ უფრო დაბალია მოცვა რეგიონალურ პროგრამაში, კერძოდ, მიმდინარეობის მესამე წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებელმა შეადგინა 9.6%. 2014 წელს „საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული“ სკრინინგის“ კომპონენტის ფარგლებში მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებელი იყო 24,7%, ხოლო 2015 წელს მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებელი მცირედით გაიზარდა, მან 28,5% შეადგინა.

მიზნობრივი პოპულაციის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები საქართველოში (%) 2015-2020 წლებში მოცემულია დიაგრამა 4.1.1.-ზე

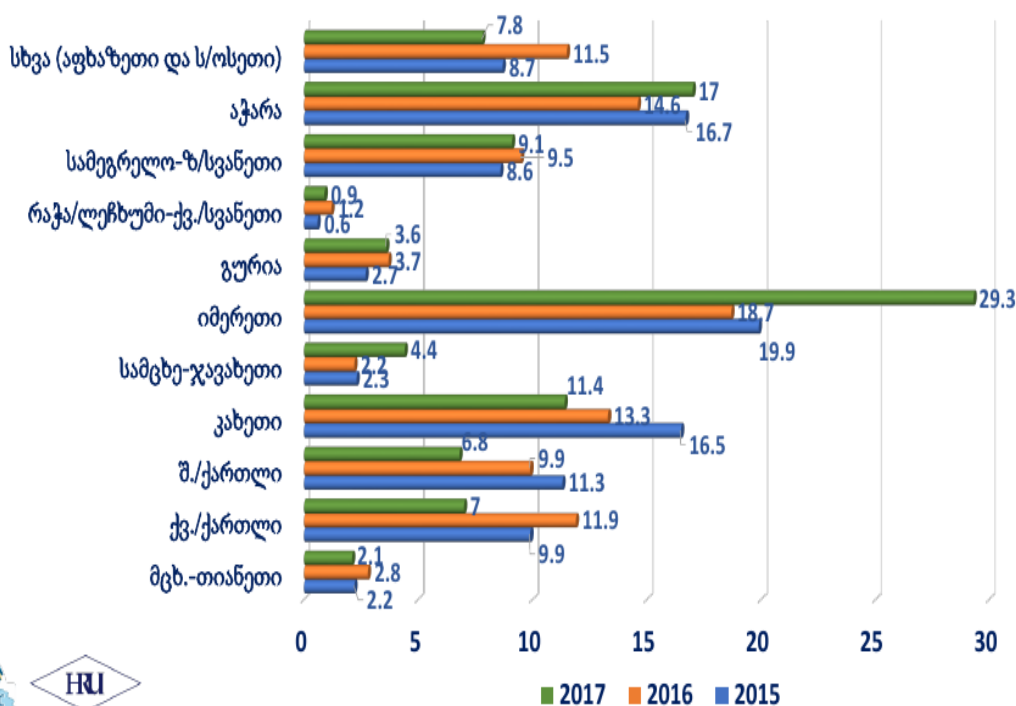


დიაგრამა 4.1.1

როგორც ვხედავთ, მოცვის მაჩვენებელი ვარირებს 8.4-10.9%-ს ფარგლებში.

რეგიონების მიხედვით მოცვის მაჩვენებელი მოცემულია დიაგრამაზე (6).

საქართველოს რეგიონების მოსახლეობის ჩართულობა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში, 2015-2017



დიაგრამა 4.1.2.

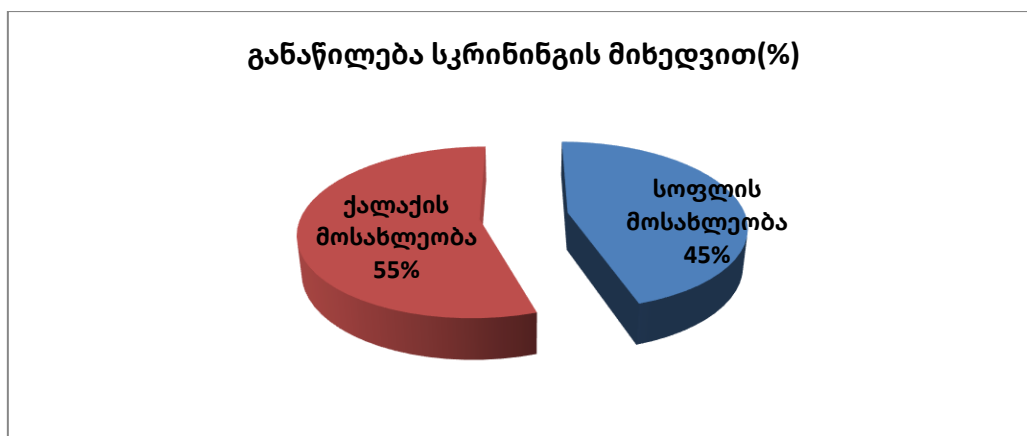
როგორც დიაგრამიდან ჩანს, მოცვა ყველაზე მაღალია იმერეთის რეგიონში, თუმცა 2017 წლიდან აღინიშნება სკრინინგის სიხშირის შემცირება.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სრულყოფილი კონტროლისთვის საჭიროა: სამიზნე მოსახლეობის მაღალი და თანაბარი ჩართულობა/მოცვა; სკრინინგის რეკომენდირებული ასაკობრივი სპექტრის და ინტერვალის დაცვა; სკრინინგის პროგრამაში ჩართული ყველა მომსახურეობის ოპტიმალური ხარისხი და კოორდინაცია, დაწყებული შერჩევიდან შემდგომ ინტერვენციებამდე ან/და მეთვალყურეობამდე და იმ ადამიანების მკურნალობამდე, რომლებმაც სკრინინგის ტესტის შედეგად დადებითი პასუხი მიიღეს;

4.2. საკუთარი მასალის დახასიათება

კვლევაში ჩართვა შევთავაზეთ 627 ქალს, მათგან კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 45-მა ქალმა, საბოლოოდ მონაწილეობა მიიღო 582-მა ქალმა.

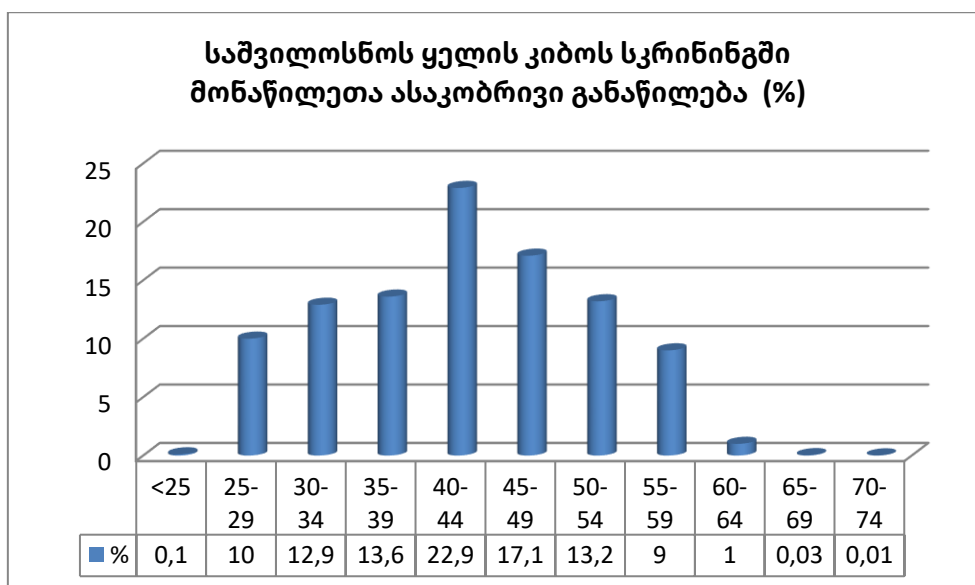
გამოკითხულ რესპოდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მოცემულია 4.2.1. დიაგრამაზე



დიაგრამა. 4.2.1.

გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის სჭარბობენ ქალაქის მაცხოვრებლები.

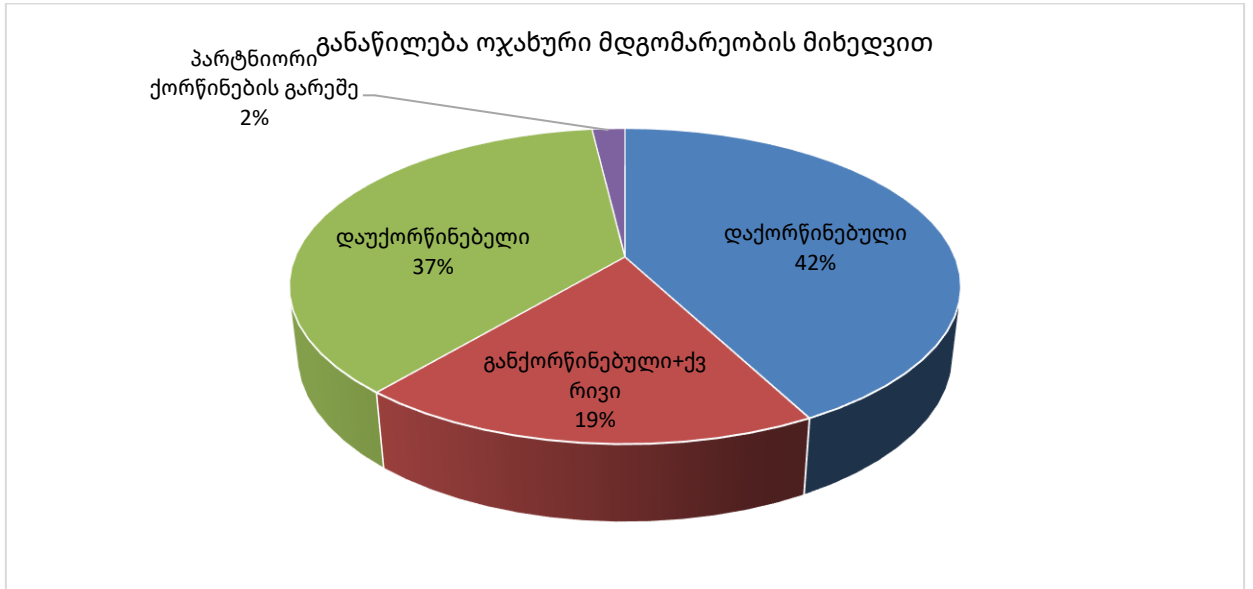
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ასაკობრივი განაწილება მოცემულია 4.2.2. დიაგრამაზე



დიაგრამა 4.2.2

გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის სჭარბობენ 40-44 წლის ასაკის ქალები

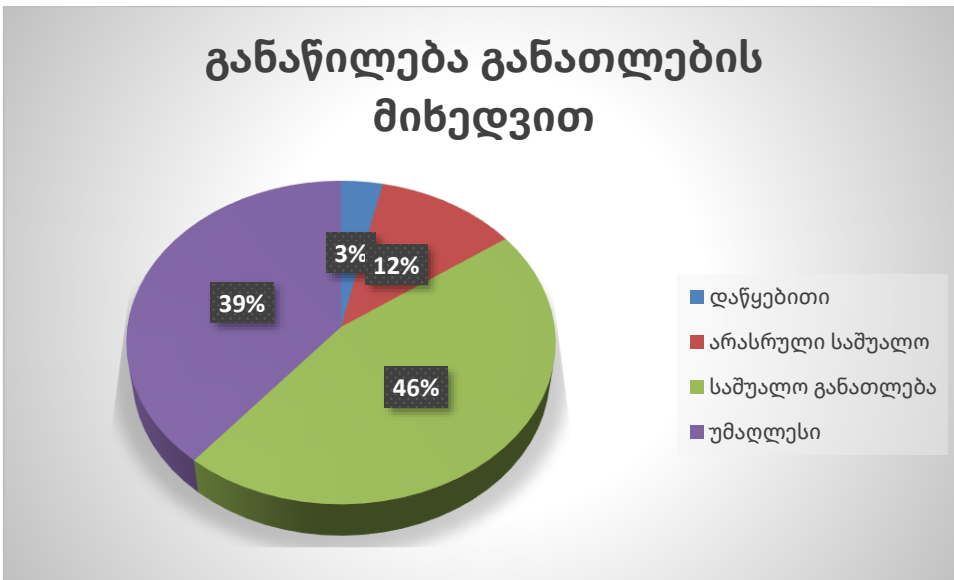
განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით მოცემულია 4.2.3. დიაგრამაზე



დიაგრამა 4.2.3.

გამოკითხულთა შორის სჭარბობდნენ დაქორწინებული ქალები

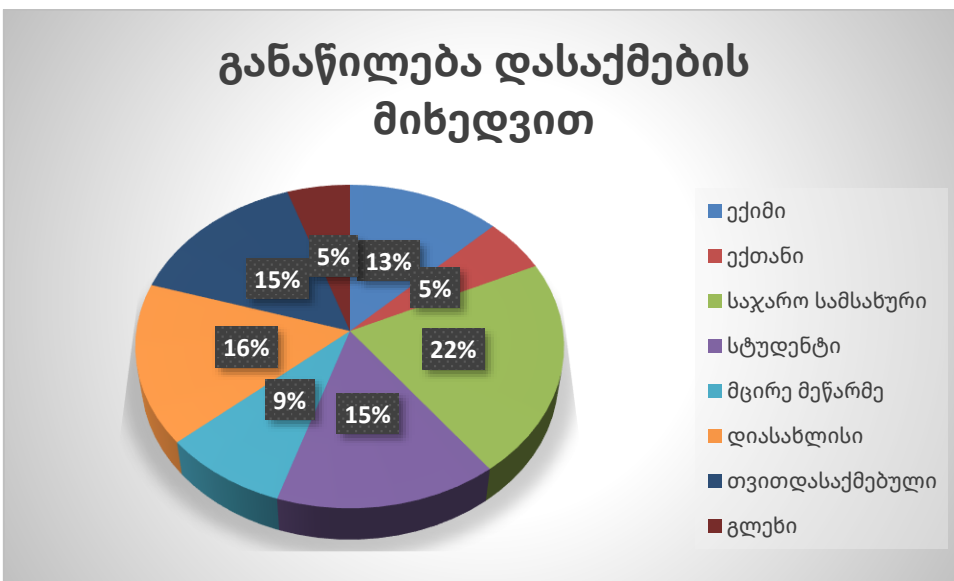
განაწილება განათლების მიხედვით მოცემულია 4.2.4. დიაგრამაზე



დიაგრამა 4.2.4.

რესპოდენტთა უმრავლესობა უმაღლესი განათლებითაა

განაწილება დასაქმების მიხედვით მოცემულია 4.2.5. დიაგრამაზე



დიაგრამა 4.2.5.

გამოკითხულთა უმრავლესობა დასაქმებულია საჯარო სამსახურში

4.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ კითხვარის ვალიდაცია

საპილოტე კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 61-მა ქალმა. მათი პასუხების საფუძველზე მოვახდინეთ ჩვენს მიერ შედგენილი კითხვარის ვალიდაცია.

საპილოტე კვლევაში მონაწილეთა დემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია 4.3.1 ცხრილში.

ცხრილი 4.3.1. პილოტირებაში მონაწილე ქალების დემოგრაფიული მახასიათებლები

		N=61	%
თბილისი	თბილისი	22	36.07
რეგიონი	რეგიონი	39	63.93
ასაკი	ასაკი	31.10±13.53	31.10
ეროვნება	ქართველი	53	86.89
	აზერბაიჯანელი	1	1.64
	სომეხი	2	3.28
	რუსი	2	3.28
	სხვა	3	4.92
რელიგია	ქრისტიანი	55	90.16
	მაჰმადიანი	5	8.20
	სხვა	1	1.64
ოჯახური მდგომარეობა	დაქორწინებული	28	45.90
	განქორწინებული	4	6.56
	ქვრივი	4	6.56
	დაუქორწინებელი	23	37.70
	პარტნიორი კორწინების გარეშე	2	3.28
	არცერთი	29	47.54
	1	13	21.31

ბიოლოგიური შვილების რაოდენობა	1-დან 3-მდე	16	26.23
	4—5	3	4.92
	6—10	0	0.00
	>10	0	0.00
განათლება	დაწყებითი	1	1.64
	არასრული საშუალო	9	14.75
	საშუალო განათლება	32	52.46
	უმაღლესი და უნივერსიტეტი	19	31.15
დასაქმების სტატუსი	ექიმი	11	18.02
	ექთანი	9	14.75
	საჯარო სამსახური	2	16.39
	სტუდენტი	15	24.59
	მცირე მეწარმე	9	14.75
	დიასახლისი	2	3.28
	თვითდასაქმებული	2	16.39
	გლეხი	3	4.92

რესპოდენტთაგან - 39 რეგიონიდანაა, ხოლო 22 თბილისელია, უმრავლესობა ქრისტიანია, თითქმის ნახევარი - დაქორწინებული. საშუალო 52% ან უმაღლესი განათლებით.

მონაწილეთა შორის იყო 15 სტუდენტი, მათგან 12 - მედიცინის სკოლის სტუდენტი, 11 ექიმი და 9 ექთანი.

კითხვარი გასაგები აღმოჩნდა ექიმებისთვის, ექთნებისთვის. პაციენტების ნაწილს დასჭირდა დახმარება.

საწყისი მონაცემებით განათლების დონე კავშირშია პასუხების სისწორესთან.

კითხვარის ტესტირებამ თანხმობაზე გვიჩვენა, რომ Cronbach's Alpha არის 0.845, რომელიც გვიჩვენებს მაღალ კორელაციას ფაქტორებს შორის.

თანხმობის კოეფიციენტი და მისი ვარიაბელობა რომელიმე ფაქტორის ამოღების შემდეგ მოცემულია 4.3.2 ცხრილში.

ცხრილი 4.3.2. თანხმობის კოეფიციენტი და მისი ვარიაბელობა

		სკალირების საშუალო მნიშვნელობა, თუ ფაქტორს ამოვიღებ სთ	სკალის რების ვარიაც ია თუ ფაქტორს ამოვი ღებთ	კორექტი რებუ ლი ელემენ ტების კორელაცია	კრომბახის ალფა, თუ ფაქტორს ამოვიღებთ
რა იცით საშვილოსნოს ს ყელის კიბოს შესახებ	თუ გსმენიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ	13.5082	74.387	0.733	0.879
	საშვილოსნოს ყელის კიბო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა	13.5410	75.219	0.643	0.880
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკა შესაძლებელია	13.4262	79.282	0.147	0.887
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს	13.7049	77.911	0.394	0.884

	თავიდან აცილება შესაძლებელია ახალგაზრდა გოგონების ვაქცინაციით.				
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს თავიდან აცილება შესაძლებელია სასქესო ორგანოების სამედიცინო გამოკვლევით (პაპ ნაცხი)	13.4918	79.221	0.157	0.887
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს განკურნება შესაძლებელია ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.	13.4426	79.617	0.110	0.888
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე პაციენტებზე ქირურგიულმა ჩარევამ შეიძლება ხელი შეუწყოს კიბოს გავრცელებას	13.6230	77.072	0.451	0.883
	რადიო-ტელევიზია	13.8197	80.850	-0.014	0.887

საიდან	ინტერნეტი	13.6721	81.757	-0.141	0.890
გაიგეთ	სამედიცინო	13.7049	80.811	-0.016	0.888
საშვილოსნოს	პერსონალი				
ს ყელის	ოჯახი	13.8852	80.837	0.002	0.887
კიბოს	სხვა	13.7049	75.745	0.710	0.880
შესახებ					
რა არის	ოჯახის დაგეგმვა -	13.7213	81.871	-0.166	0.890
თქვენი	აბების და				
აზრით	ინექციების				
საშვილოსნოს	გამოყენება ოჯახის				
ყელის კიბოს	დაგეგმვისთვის				
განვითარები	სექსუალური	13.7541	79.222	0.237	0.885
ს მიზეზები	აქტივობის				
	ადრეული დაწყება				
	პაპილომავირუსულ	13.6885	80.218	0.063	0.888
	ი ინფექცია				
	რამდენიმე	13.7213	76.638	0.599	0.881
	სექსუალური				
	პარტნიორი				
	სქესობრივი კავშირი	13.8197	80.284	0.100	0.887
	პოლიგამიურ				
	მამაკაცთან				
	სქესობრივი კავშირი	13.7213	77.904	0.409	0.884
	ადამიანთან,				
	რომელსაც ღმერთი				
	არ სწამს				
	ტრავმული / უხეში	13.6393	79.601	0.134	0.887
	სქესობრივი აქტი				

ჰიგიენა - სასქესო ორგანოების არასაკმარისი დაბანა, განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირის შემდეგ	13.5246	78.120	0.289	0.885
სქესობრივი კავშირი მენსტრუალური პერიოდის განმავლობაში	13.7377	78.763	0.295	0.885
სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე	13.6721	77.757	0.390	0.884
მრავალშვილიანობა (>5 ცოცხალი ან 20 კვირაზე მეტი გესტაციის ორსულობამდე)	13.7705	79.446	0.213	0.886
აბორტები	13.4754	76.887	0.426	0.883
გვიანი მშობიარობა	13.7213	77.738	0.434	0.883
მშობიარობა ადრეულ ასაკში	13.7541	78.489	0.354	0.884
საშვილოსნოს ყელის კიბო მემკვიდრეობითია; ქალი დაავადდება, თუ იგი ჰქონდა	13.6230	78.439	0.276	0.885

	დედას, დეიდას ან ბებიას.				
	საშვილოსნოს ყელის კიბო გადამდებია; შ	13.7541	77.022	0.591	0.882
	საშვილოსნოს ყელის კიბო გავლენას ახდენს ღარიბ ქალებზე	13.8197	78.817	0.400	0.884
	ცუდი ეკოლოგია	13.6393	74.401	0.818	0.878
	არასწორი კვება	13.7705	77.813	0.488	0.883
	ჭარბი წონა	13.7213	79.271	0.208	0.886
	სიგარეტი / თამბაქო	13.7541	77.122	0.574	0.882
	ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება	13.7213	76.171	0.670	0.881
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები	ინტერმენსტრუალური ვაგინალური სისხლდენა	13.5738	76.249	0.530	0.882
	პოსტმენოპაუზური ვაგინალური სისხლდენა	13.7869	77.970	0.490	0.883
	პოსტკოიტალური ვაგინალური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ.	13.7705	78.113	0.437	0.883
	ზედმეტი ვაგინალური	13.6393	77.068	0.461	0.883

	გამონადენი, ხშირად უსიამოვნო სუნით				
	ტკივილი მუცლის ქვედა არეში	13.7541	80.722	0.001	0.888
	გენიტალური ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს (დისპარეზია)	13.8361	79.806	0.222	0.886
ჩატარებულ ი გაქვთ თუ არა სკრინინგი(თუ არასოდეს არ ჩაგიტარებია თ, უპასუხეთ ქვემოთ მოცემულ შეკითხვებს	13.3934	73.843	.780	0.878	
არ მაქვს ინფორმაცია	საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ	13.7705	79.013	0.286	0.885
	.სკრინინგის შესახებ	13.6885	80.818	-0.018	0.889
	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის (უფასო) პროგრამის შესახებ	13.8197	80.317	0.093	0.887

	სკრინინგის პროცედურის შესახებ	13.8197	80.450	0.067	0.887
	სად უნდა გაიართ სკრინინგი	13.8689	80.583	0.075	0.886
	პაპ ტესტების შესახებ	13.6885	78.418	0.310	0.885
	პაპ ტესტის ჩატარების პროცედურის შესახებ	13.8689	80.716	0.034	0.887
რესურსების ნაკლებობა	დრო	13.6393	79.801	0.108	0.887
	ფული	13.8689	80.016	0.252	0.886
	დაწესებულებამდე მისვლა ან წვდომა	13.8852	80.370	0.205	0.886
	საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი	13.8197	78.684	0.427	0.884
ექიმთან დაკავშირებუ ლი ბარიერები	დისკომფორტი, თუ მამაკაცები იკვლევენ მენჯის ღრუს ორგანოებს	13.7213	76.404	0.635	0.881
	კონფიდენციალურო ბის ნდობა	13.8852	80.370	0.205	0.886
ვთვლი, რომ არ არის საჭირო, რადგან	ვარ ძალიან ახალგაზრდა	13.6557	74.563	0.814	0.878
	პაპ – ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის,	13.8689	80.116	0.220	0.886

	რომლებსაც აქვთ სქესობრივი ცხოვრება				
	პაპ-ტესტის გაკეთებას არ ითხოვს ექიმი	13.8689	80.816	0.003	0.887
	სკრინინგის გაკეთება არ არის საჭირო, თუ პრობლემები (ჩივილები) არ არის,	13.7377	82.997	-0.335	0.891
	ინტერესის არარსებობა,	13.8852	81.070	-0.100	0.887
ფსიქოსოცია ლური	ტესტის შიში, რომ ის გამოავლენს კიბოს	13.4426	73.684	0.802	0.878
	შეშფოთება ქალების, მათი პარტნიორების შესაძლო ფსიქოსოციალური ზიანის გამო,	13.6721	80.257	0.055	0.888
	სოციალური იმიჯის შემცირების შიში	13.7377	81.763	-0.155	0.890
	შიში უნდობლობისა გამო, რომელიც შეიძლება გაუჩნდეს პარტნიორს,	13.6393	75.268	0.701	0.880
	რა შეიძლება იფიქროს ექიმმა, როდესაც ქალი მას	13.7541	83.755	-0.462	0.892

	მოსთხოვს პაპ – ტესტის ჩატარებას,				
პროცედურის შიში	ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიში	13.7541	82.255	-0.235	0.890
	ინსტრუმენტების შიში	13.6393	80.168	0.062	0.888
	ტკივილის შიში	13.6885	77.351	0.459	0.883
	იციტ თუ არა, რომ სკრინინგი არ არის ერთჯერადი და საჭიროებს განმეორებით ვიზიტებს	13.3115	74.518	0.712	0.879
სკრინინგის რაოდენობა	1	13.6721	77.524	0.422	0.883
	2	13.8197	79.717	0.215	0.886
	3	13.8361	79.506	0.289	0.885
	4	13.8852	80.403	0.190	0.886

ქვემოთ ჩამოთვლილი კომპონენტის თითოეულ ცვლადს აქვს ნულოვანი ვარიაცია და ამოღებულია სკალიდან: მეგობრები, მისაღები პრაქტიკოსების არარსებობა, ენობრივი ბარიერები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის ნეგატიური აღქმა, ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან არიან ასაკოვნები, პაპ – ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავდათ ბევრი სექსუალური პარტნიორი,, პაპ – ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილები,, ქმრების / ახლობლების მხრიდან მოწონების არარსებობა, შვილების რაოდენობა>4, ამ ფაქტორების კოვარიაციის მატრიცის განმსაზღვრელი არის ნულოვანი ან დაახლოებით ნულოვანი. მისი ინვერსიული მატრიცის საფუძველზე სტატისტიკის

გამოთვლა შეუძლებელია და ისინი აისახება, როგორც სისტემის დაკარგული მნიშვნელობები.

ამავე დროს გამოჩნდა, რომ ყველა ჩვენმა ექიმმა არ იცოდა სკრინინგის შესახებ, ეს ანკეტა შესწორებებით ვალიდურია.

4.5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მახასიათებლების შეფასება

კვლევაში მონაწილე 582 ქალიდან აღმოჩნდა, რომ 493 ქალს ერთხელაც არ ჰქონდა გავლილი სკ-ს სკრინინგი, 89 ქალს კი ერთხელ მაინც ჰქონდა მასში მონაწილეობა მიღებული.

კვლევის პირველ ეტაპზე შევადარეთ მონაწილეთა დემოგრაფიული მახასიათებლები (ცხრილი 4.4.1)

ცხრილი 4.4.1. სკრინინგ გავლილი და გაუვლელი რესპოდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლების შედარებითი ანალიზი

ფაქტორები		სკრინინგის გარეშე(N=493)		სკრინინგი (N=89)		F	P
		N	%	N	%		
საცხოვრებელი ადგილი	თბილისი	192	38.95	53	59.55	13.39	0.0003
	რეგიონები	301	61.05	36	40.44	13.39	0.0003
ქორწინების სტატუსი	დაქორწინებული	201	40.77	45	50.56	2.97	0.0855
	განქორწინებული+ქვრივი	91	18.46	19	21.35	0.41	0.5224
	დაუქორწინებელი	192	38.95	23	25.84	5.59	0.0184
	პარტნიორიქორწინების გარეშე	9	1.83	2	2.25	0.07	0.7885
განათლება	დაწყებითი	19	3.85	1	1.12	1.69	0.1937
	არასრულისაშუალო	67	13.59	1	1.12	11.54	0.0007
	საშუალოგანათლება	234	47.46	33	37.08	3.28	0.0705
	უმაღლესიდაუნივერსიტეტი	173	35.09	54	60.67	21.43	<0.0001

დასაქმება	ექიმი	57	11.56	19	21.35	6.41	0.0116
	ექთანი	19	3.85	13	14.61	17.21	<0.0001
	საჯაროსამსახური	121	24.54	8	8.99	10.73	0.0011
	სტუდენტი	76	15.42	16	17.98	0.37	0.5429
	მცირემეწარმე	41	8.32	11	12.36	1.51	0.2191
	დიასახლისი	83	16.84	13	14.61	0.27	0.6028
	თვითდასაქმებული	77	15.62	13	14.61	0.06	0.8084
	გლეხი	29	5.88	2	2.25	1.98	0.1604

აღსანიშნავია, რომ შედარებამ ამ ორ ჯგუფს შორის ასაკობრივი განსხვავება არ გამოავლინა. ჯგუფების საშუალო ასაკი, შესაბამისად იყო 30.80 ± 12.93 წელი და 32.58 ± 12.90 წელი ($t=-1.198$, $p=0.232$).

მათ შორის, ვინც ერთხელ მაინც ჩაიტარა სეკ-ს სკრინინგი, სარწმუნოდ ჭარბობს თბილისელების სიხშირე;

დასაქმების მიხედვით სკრინინგში მონაწილეთა სიხშირის შესწავლამ აჩვენა, სკრინინგგაუვლელ საჯარო სამსახურში დასაქმებულთა და გლეხთა რაოდენობა 15-ჯერ აღემატება ამავე დასაქმების სკრინინგ გავლილთა რაოდენობას. დასაქმების სხვა ფორმების შემთხვევაში შესაბამისი მონაცემების შეფარდება სარწმუნოდ ნაკლებია.

კითხვაზე, საიდან მიიღეს ინფორმაცია სეკ-ს სკრინინგის შესახებ, ყველა რესპოდენტმა დაასახელა ერთზე მეტი წყარო (ცხრილი 4.3.2.).

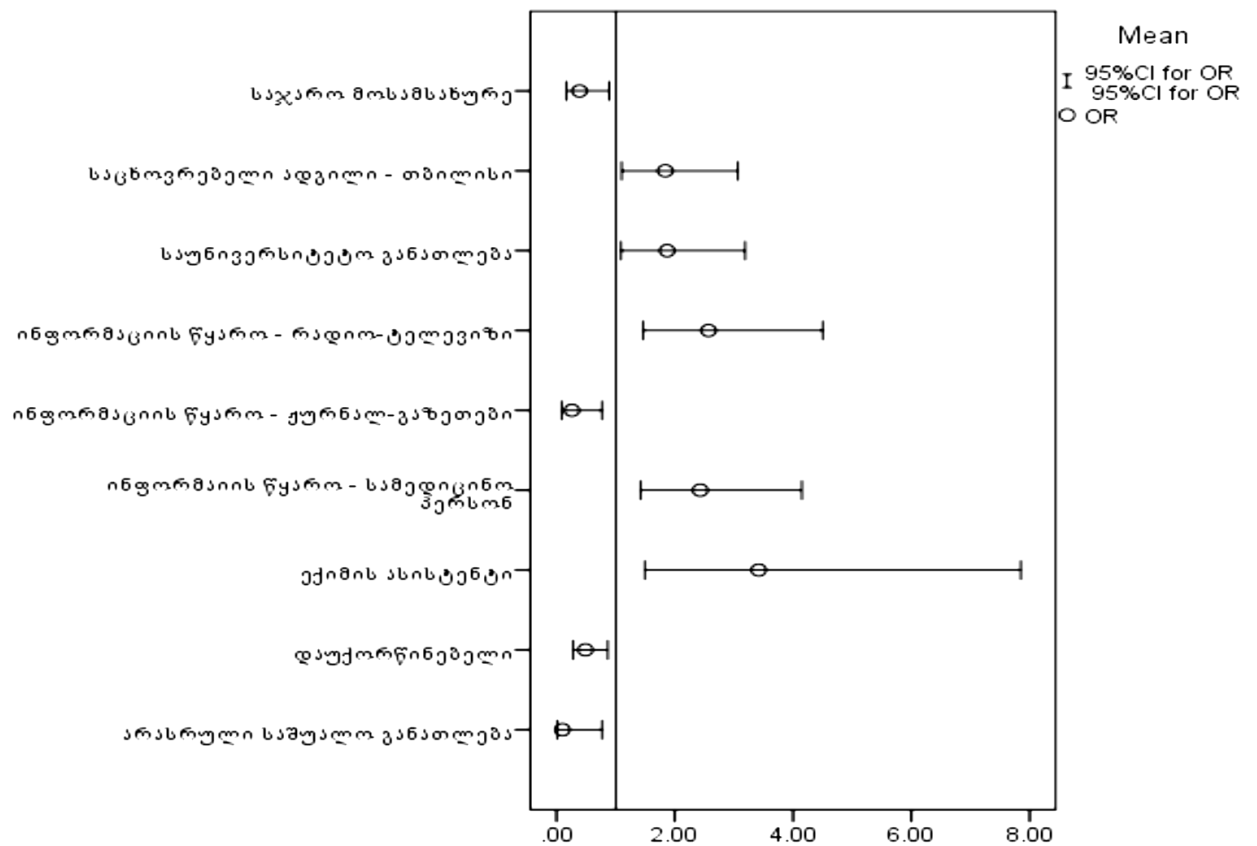
ცხრილი 4.4.2. სკრინინგ გავლილი და გაუვლელი რესპოდენტების განაწილება სეკ-ს სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის წყაროს მიხედვით

ფაქტორები		სკრინინგის გარეშე(N=493)		სკრინინგი (N=89)		F	P
		N	%	N	%		
საიდან	რადიო-ტელევიზია	75	15.21	31	34.83	24.78	<0.0001
გაიგეთ	ინტერნეტი	178	36.11	23	25.84	0.03	0.8608

სკრინინგი ს შესახებ	სამედიცინო პერსონალი	129	26.17	44	49.44	22.15	<0.0001
	ოჯახი	50	10.14	5	5.62	3.43	0.0645
	მეგობრები	47	9.53	5	5.62	19.52	<0.0001
	ჟურნალ-გაზეთები	92	18.66	4	4.49	0.12	0.7293

პირველ ჯგუფში (რომელთა წევრებსაც არ გაუვლიათ სკრინინგი) სარწმუნოდ უფრო ხშირია პასუხი „მეგობრებისაგან“, ხოლო მეორე ჯგუფის წევრები (რომელთაც გაიარეს სკრინინგი), სარწმუნოდ მაღალი სიხშირით ასახელებენ „რადიო-ტელევიზიას“ და „სამედიცინო პერსონალს“ .

მულტიფაქტორული რეგრესიული ანალიზით დავადგინეთ სკრინინგის ჩატარებაზე მოქმედ პროგნოზულ დემოგრაფიულ და საინფორმაციო წყაროების მახასიათებელთა ფარდობითი შანსი (OR - odds ratio)(დიაგრამა N4.3.3.1).



დიაგრამა 4.4.1.

მულტიფაქტორული რეგრესიული ანალიზით შეფასებამ აჩვენა, რომ სკრინინგში მონაწილეობის შანსს სარწმუნოდ ზრდის შემდეგი ფაქტორები: საცხოვრებელი ადგილი - თბილისი, უმაღლესი განათლება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღება სამედიცინო პერსონალისაგან და ტელევიზიისაგან. და პირიქით, სკრინინგში მონაწილეობის შანსს ამცირებს: არასრული საშუალო განათლება, ოჯახური მდგომარეობა - დაუქორწინებელი, საჯარო სამსახურში დასაქმება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მეგობრებისგან მიღება.

თავი 4.5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ინფორმებულების/ცოდნის გავლენა
სკრინინგზე

სყკ-ს შესახებ ინფორმებულების/ცოდნის მიხედვით რესპოდენტთა განაწილება მოცემულია ცხრილში 4.5.1.

ცხრილი 4.5.1. სკრინინგის ჩატარების სიხშირის შეფასება საქართველოს პოპულაციაში რესპოდენტთა ინფორმირებულობის მიხედვით

კითხვები		1 ჯგუფი (n=493)		2 ჯგუფი(n= 89)		F	P
		N	%	N	%		
რა იცით საშვილ ოსნოს ყელის კიბოს შესახებ	საშვილოსნოს ყელის კიბო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა	134	27.18	47	52.81	23.98	0.000 0
	.პროფილაქტიკა შესაძლებელია	182	36.92	65	73.03	43.10	0.000 0
	სყკ-ს თავიდან აცილება შესაძლებელია ახალგაზრდა გოგონების ვაქცინაციით.	98	19.88	47	52.81	47.09	0.000 0
	სყკ-ს თავიდან აცილება შესაძლებელია სასქესო ორგანოების სამედიცინო გამოკვლევით (პაპ ნაცხი)	155	31.44	51	57.30	22.84	0.000 0
	სყკ-სგანკურნება შესაძლებელია ადრეული	219	44.42	69	77.53	34.93	0.000 0

	დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.						
	სყვ-ს მქონე პაციენტებზე ქირურგიულმა ჩარევამ შეიძლება ხელი შეუწყოს კიბოს გავრცელებას	113	22.92	23	25.84	0.36	0.5496

იმ რესპოდენტთა შორის, რომელთაც ჩაიტარეს სკრინინგი, მეორე ჯგუფთან შედარებით სარწმუნოდ მეტია იმ პირთა სიხშირე, რომელთაც იციან, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა, სყვ-ს პროფილაქტიკა შესაძლებელია, სყვ-ს თავიდან აცილება შესაძლებელია ახალგაზრდა გოგონების ვაქცინაციით, თავიდან აცილება შესაძლებელია სასქესო ორგანოების სამედიცინო გამოკვლევით (პაპ ნაცხი); განკურნება შესაძლებელია ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.

ინტერესს იწვევს რამდენად სწორად ესმით საშვილოსნოს კიბოს რისკის ფაქტორები იმ პირებს, რომელთაც ჩაიტარეს სკრინინგი (II ჯგუფი) იმ რესპოდენტებთან შედარებით, რომელთაც სკრინინგი არ ჩაუტარებიათ (I ჯგუფი)(ცხრილი 4.5.2)

ცხრილი 4.5.2. რისკის ცნობადობის განაწილება სკრინინგის ჩატარების მიხედვით

		I ჯგუფი სკრინინგის გარეშე (n=493)		II ჯგუფი - სკრინინგით (n= 89)		F	P
		N	%	N	%		
რა არის თქვენი აზრით საშვილოსნოს ყელის კიბოს	ოჯახის დაგეგმვა - აბების და ინექციების	101	20.49	18	20.22	0.00	0.9551

განვითარების მიზნები	გამოყენება ოჯახის დაგეგმვისთვის						
	სექსუალური აქტივობის ადრეული დაწყება	105	21.30	33	37.08	10.53	0.0012
	პაპილომავირუს ული ინფექცია	93	18.86	47	52.81	51.60	0.0000
	რამდენიმე სექსუალური პარტნიორი	84	17.04	34	38.20	21.59	0.0000
	სქესობრივი კავშირი პოლიგამიურ მამაკაცთან	65	13.18	23	25.84	9.53	0.0021
	ტრავმული / უხეში სქესობრივი აქტი	105	21.30	22	24.72	0.52	0.4729
	ჰიგიენა - სასქესო ორგანოების არასაკმარისი დაბანა, განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირის შემდეგ	141	28.60	45	50.56	17.16	0.0000

სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე	114	23.12	11	12.36	5.21	0.0228
მრავალშვილიან ობა (>5 ცოცხალი ან 20 კვირაზე მეტი გესტაციის ორსულობამდე)	78	15.82	19	21.35	1.66	0.1985
აბორტები	151	30.63	61	68.54	50.70	0.0000
გვიანი მშობიარობა	69	14.00	27	30.34	14.94	0.0001
მშობიარობა ადრეულ ასაკში	84	17.04	30	33.71	13.56	0.0003
საშვილოსნოს ყელის კიბო მემკვიდრეობით ია; ქალი დაავადდება, თუ იგი ჰქონდა დედას, დეიდას ან ბებიას.	108	21.91	45	50.56	33.69	0.0000
საშვილოსნოს ყელის კიბო გადამდებია;	53	10.75	9	10.11	0.03	0.8578
საშვილოსნოს ყელის კიბო	50	10.14	20	22.47	11.00	0.0010

	გავლენას ახდენს ღარიბ ქალებზე						
	ცუდი ეკოლოგია	101	20.49	39	43.82	23.29	0.0000
	არასწორი კვება	69	14.00	23	25.84	8.03	0.0048
	ჭარბი წონა	91	18.46	22	24.72	1.89	0.1699
	სიგარეტი / თამბაქო	118	23.94	47	52.81	32.57	0.0000
	ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება	70	14.20	29	32.58	18.57	0.0000
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები	ინტერმენსტრუა ლური ვაგინალური სისხლდენა	106	21.50	42	47.19	27.38	0.0000
	პოსტმენოპაუზუ რი ვაგინალური სისხლდენა	59	11.97	32	35.96	34.74	0.0000
	პოსტკოიტალურ ი ვაგინალური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ.	52	10.55	28	31.46	29.11	0.0000
	ზედმეტი ვაგინალური გამონადენი, ხშირად უსიამოვნო სუნით	102	20.69	46	51.69	40.74	0.0000

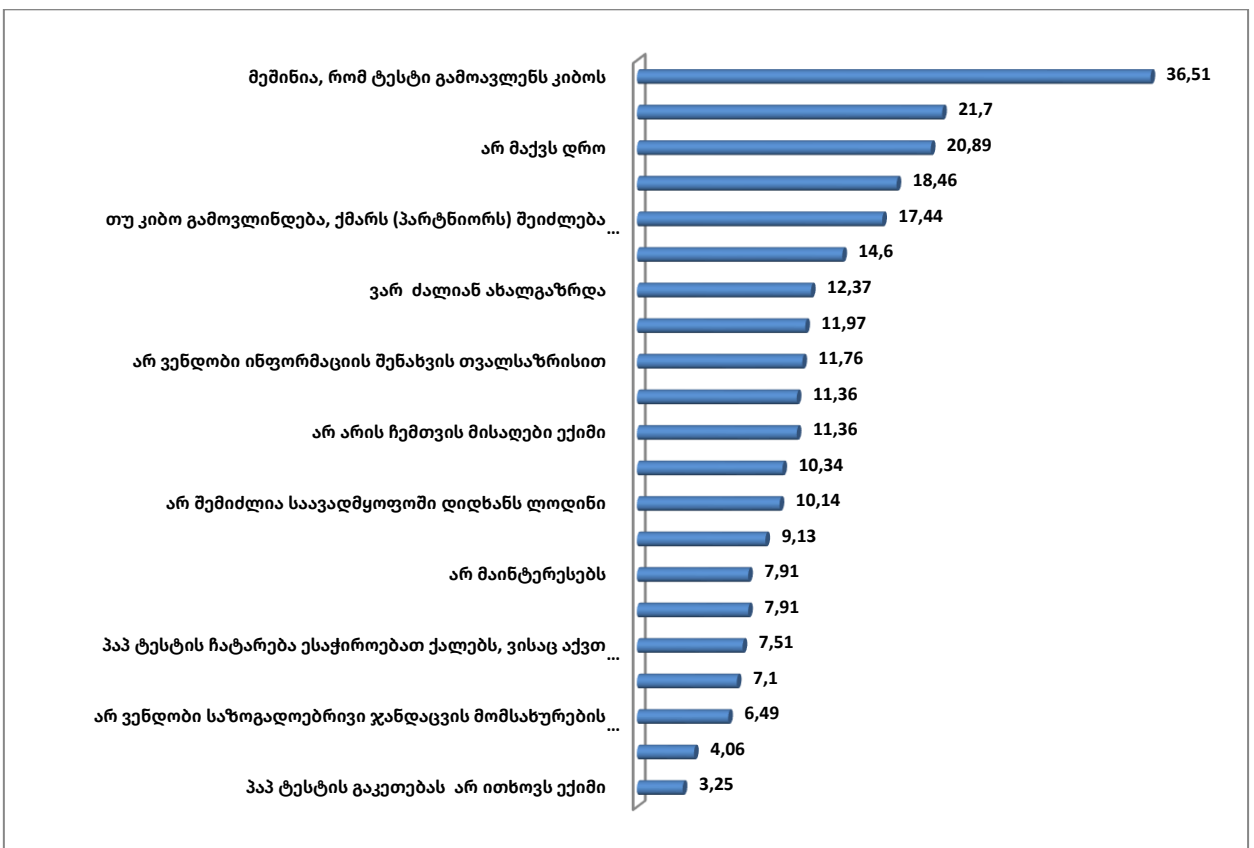
	ტკივილი მუცლის ქვედა არეში	122	24.75	31	34.83	3.97	0.0468
	გენიტალური ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს (დისპარეზია)	50	10.14	44	49.44	100.5 1	0.0000

ამ ჯგუფში სარწმუნოდ მეტია სწორი პასუხები დაავადების ისეთი სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ როგორებიცაა: ინტერმენსტრუალური ვაგინალური სისხლდენა, პოსტმენოპაუზური ვაგინალური სისხლდენა, ვაგინალური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ, ზედმეტი ვაგინალური გამონადენი, ხშირად უსიამოვნო სუნით, ტკივილი მუცლის ქვედა არეში, გენიტალური ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს (დისპარეუნია).

4.6. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ინფორმირებულება განათლების და დასაქმების მიხედვით

სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერების განაწილება ქალებში, რომლებიც არ მონაწილეობენ სკრინინგულ პროგრამაში, მოცემულია 4.6.1. დიაგრამაში.

დიაგრამა 4.6.1. სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერების განაწილება ქალებში, რომლებიც არ მონაწილეობენ სკრინინგულ პროგრამაში



ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა პასუხი - მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს (36.3%), პრაქტიკული ბარიერებიდან - არ მაქვს დრო (20.89%), არ მემიძლია საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი(10.14%),

იმ რესპოდენტთა შორის, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი (493 ქალი) შევადარეთ სკრინინგის ბარიერები უმაღლესი განათლების მქონე და არმქონე პოპულაციაში (ცხრილი 4.6.3).

ცხრილი 4.6.3. სკრინინგის ბარიერების შეფასება უმაღლესი განათლების მქონე და არმქონე სკრინინგაუვლელ ქალებში

ფაქტორები		უმაღლესი ანათლების გარეშე (n=320)		უმაღლესი განათლებ ით (n=173)		F	P
		N	%	N	%		
იცით თუ არა	სეკ-ს სკრინინგის (უფასო) პროგრამის შესახებ	36	11.25	41	23.70	13.51	0.0003
	სკრინინგის პროცედურის შე სახებ	31	9.69	43	24.86	21.03	0.0000
	სად უნდა გაიაროთ სკრინინგი	43	13.44	64	36.99	39.46	0.0000
	პაპ ტესტების შესახებ	39	12.19	39	22.54	9.17	0.0026
	პაპ ტესტის ჩატარების პროცედურის შესახებ	75	23.44	56	32.37	4.62	0.0322
რესურსე ბი	არ მაქვს დრო	45	14.06	58	33.53	27.05	0.0000
	ვერ მივდივარ საავადმყოფოში	14	4.38	21	12.14	10.44	0.0013
	არ შემიძლია საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი	22	6.88	28	16.18	10.87	0.0010

ექიმთან დაკავში- რებული ბარიერებ ი	არ არის ჩემთვის მისაღები ექიმი	38	11.88	18	10.40	0.24	0.6242
	უხერხულობას განვიცდი მამაკაც ექიმებთან	43	13.44	29	16.76	0.99	0.3193
	არ ვენდობი ინფორმაციის შენახვის თვალსაზრისით	30	9.38	28	16.18	5.05	0.0251
	არ ვენდობი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხს	18	5.63	14	8.09	1.12	0.2895
ტესტი არ არის მნიშვნე ლოვანი	რადგან ვარ ასაკოვანი	12	3.75	8	4.62	0.22	0.6395
	ვარ ძალიან ახალგაზრდა	40	12.50	21	12.14	0.01	0.9077
	პაპ ტესტის ჩატარება ესაჭიროებათ ქალებს, ვისაც აქვთ სქესობრივი ცხოვრება	32	10.00	5	2.89	8.28	0.0042
	პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავდათ ბევრი სექსუალური პარტნიორი	37	11.56	8	4.62	6.58	0.0106
	პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილები	32	10.00	7	4.05	5.50	0.0194
	პაპ ტესტის გაკეთებას არ ითხოვს ექიმი	6	1.88	10	5.78	5.49	0.0195
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ არ მაქვს ჩივილები	80	25.00	27	15.61	5.88	0.0157
	ფსიქო	არ მაინტერესებს	21	6.56	18	10.40	2.28

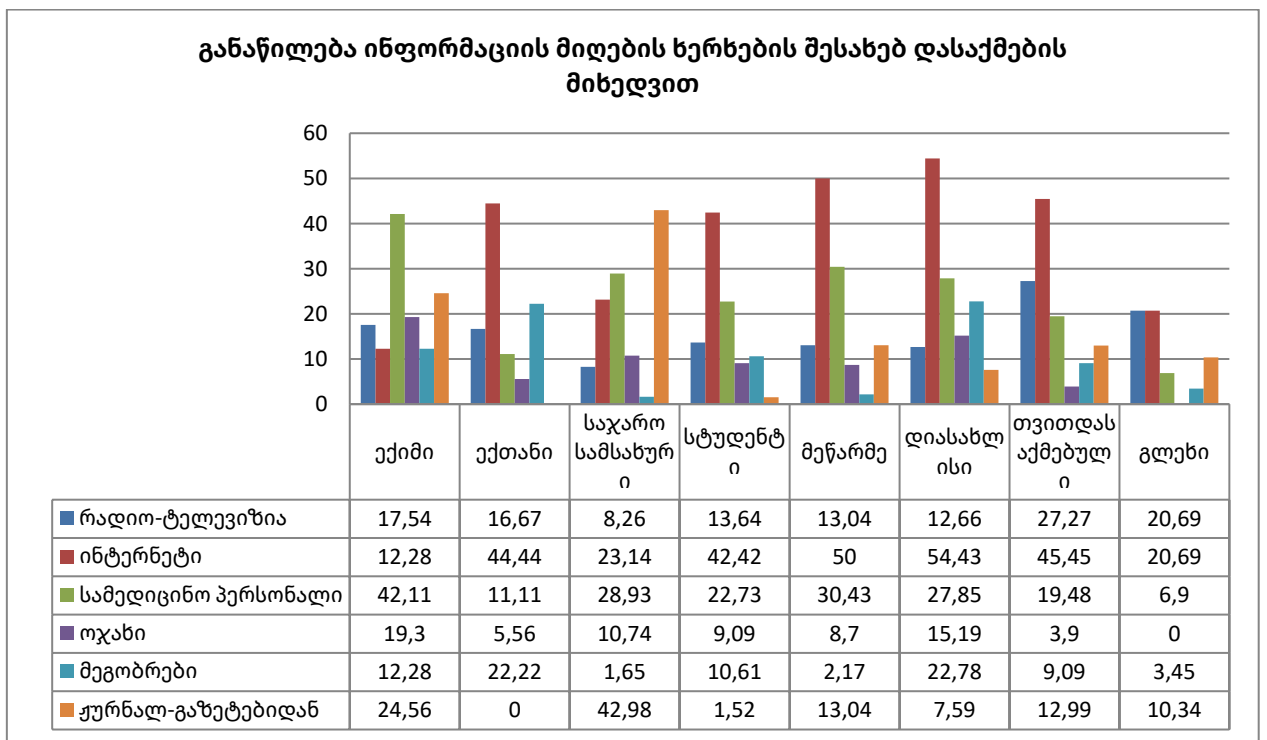
სოციალური	მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს	108	33.75	72	41.62	3.01	0.0836
	სოციალური იმიჯის შელახვის შიში	46	14.38	13	7.51	5.05	0.0251
	თუ კიბო გამოვლინდება, ქმარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა	57	17.81	29	16.76	0.09	0.7700
პროცედურის შიში	ინსტრუმენტების და ტკივილის შიში	45	14.06	44	25.43	9.97	0.0017

აღსანიშნავია, რომ უმაღლესი განათლების მქონე ქალები, დანარჩენ პოპულაციასთან შედარებით, მიუთითებენ სეკ-ს სკრინინგში მონაწილეობისათვის განსხვავებულ ბარიერებს. როგორც ცხრილიდან ჩანს, ინფორმაცია სკრინინგის არსებობის, სკრინინგის პროცედურისა და უფასო პროგრამის შესახებ იცის სარწმუნოდ მეტმა ქალმა უმაღლესი განათლებით, ვიდრე უმაღლესი განათლების გარეშე. ამასთანავე, ისინი ხელისშემშლელ მიზეზებად სარწმუნოდ უფრო ხშირად ასახელებენ „დროის უქონლობას“ და „კლინიკაში მისვლის და ლოდინის“ პრობლემებს. სკრინინგში მონაწილეობის ხშირად აღნიშნულ ბარიერს წარმოადგენს „მანიპულაციასთან დაკავშირებული ტკივილის შიშიც“. მაგრამ, ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა პასუხი - „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს (36.3%)“.

უმაღლესი განათლების არმქონე ქალები სარწმუნოდ უფრო ხშირად მიიჩნევენ, რომ „პაპ ტესტის ჩატარება ესაჭიროებათ ქალებს, რომლებსაც აქვთ აქტიური სქესობრივი ცხოვრება“, და/ან „ჰყავთ ბევრი სქესობრივი პარტნიორი“ და/ან „ჰყავთ შვილები“, აგრეთვე მიიჩნევენ, რომ „სკრინინგის ჩატარება არ არის საჭირო, თუ არ აქვთ ჩვილები“.

4.7. კავშირი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციასა და დასაქმების სახეობას შორის

სყკ-ს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციის მიღების ფორმებსა და დასაქმების ფორმებს შორის აღინიშნება გარკვეული კორელაციები იმ ქალებში, რომლებსაც არასოდეს ჩატარებთ სკრინინგი (დიაგრამა 4.7.1). ამ კონტინგენტში, ინფორმაციის წყაროდ ინტერნეტს (სოციალურ ქსელს) ყველაზე ხშირად ასახელებენ დიასახლისები, ხოლო ყველაზე იშვიათად - ექიმები.



დიაგრამა 4.7.1

ექიმებისათვის ყველაზე ხშირად ინფორმაციის წყაროა სამედიცინო პესონალი ((უმუშალო და/ან დაწესებულების ხელმძღვანელი, ხელმძღვანელი, ტრენერი, სამეცნიერო-საგანმანათლებლო ღონისძიებების მომწყობი ექსპერტები), საჯარო სამსახურში დასაქმებულთათვის - ჟურნალ-გაზეთები, სტუდენტებისათვის, მეწარმეებისათვის, დიასახლისებისა და თვითდასაქმებულთათვის, ასევე ექიმის

ასისტენტებისათვის - ინტერნეტი (სოციალური ქსელები), სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულთათვის (გლეხებისათვის) - რადიო-ტელევიზია და სოციალური ქსელები.

ანკეტის კითხვებზე პასუხების კორელაცია რესპოდენტთა დასაქმებასთან იმ ჯგუფში, რომლის წევრებსაც არასოდეს ჩაუტარებიათ სკრინინგი, შემდეგნაირად გამოიყურება (ცხრილი 4.7.1).

ცხრილი 4.7.1. კორელაცია სკრინინგის ბარიერებსა დასაქმების სახესთან

ფაქტორები	კორელაცია	ექიმი	ექთანი	საჯარო სამსახური	სტუდენტი	მცირე მეწარმე	დიასახლისი	თვითდასაქმებული	გლეხი
არ მაქვს დრო	r	0.189*	0.001	-.142**	.167**	0.080	-0.085	-0.070	-0.086
	p	0.000	0.986	0.002	<0.001	0.076	0.061	0.121	0.056
ვერ მივდივარ საავადმყოფოში	r	0.048	-0.055	-0.011	-0.009	0.003	-0.019	-0.010	0.032
	p	0.285	0.220	0.810	0.848	0.955	0.676	0.822	0.484
არ შემიძლია საავადმყოფოში	r	0.068	-0.067	.152**	-0.050	-0.004	-.133**	0.004	-0.055
	p	0.134	0.136	0.001	0.264	0.932	0.003	0.938	0.219
დიდხანს ლოდინი არ არის ჩემთვის	r	0.070	-0.072	-0.070	-0.064	.170**	-.110*	.128**	-0.062
	p	0.118	0.112	0.118	0.154	<0.001	0.015	0.005	0.167
უხერხულობას განვიცდი	r	-0.024	-0.053	.205**	-0.065	-0.083	-.140**	0.028	0.067

მამაკაც ექიმებთან არ ვენდობი ინფორმაციის შენახვის თვალსაზრისით	p	0.598	0.241	<0.001	0.148	0.066	0.002	0.539	0.135
	r	-	-	-0.047	-0.086	0.050	0.088	0.034	0.016
	p	0.014	0.040						
	p	0.758	0.371	0.294	0.056	0.271	0.051	0.456	0.727
არ ვენდობი საზოგადოებრი ვი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხს ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან ვარ ასაკოვანი	r	-	0.033	-0.035	0.002	-0.050	0.079	0.023	-0.031
	p	0.070							
	p	0.123	0.468	0.432	0.973	0.272	0.078	0.615	0.494
	r	0.022	0.012	-.117**	-0.059	0.013	.100*	-0.004	0.080
	p	0.624	0.786	0.009	0.189	0.781	0.027	0.938	0.077
ვარ ძალიან ახალგაზრდა პაპ ტესტის ჩატარება ესაჭიროებათ ქალებს, ვისაც აქვთ სქესობრივი ცხოვრება პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ	r	-	-	.416**	-.109*	-.091*	-.153**	-0.060	-0.068
	p	0.040	0.075						
	p	0.381	0.095	<0.001	0.015	0.044	0.001	0.185	0.133
	r	-	-	-.109*	-.100*	-0.002	.242**	-0.017	0.027
	p	0.055	0.057						
	p	0.224	0.206	0.016	0.026	0.962	<0.001	0.714	0.551
	r	-.115*	0.010	0.065	-.116*	-0.070	0.083	-0.020	.160**
	p	0.011	0.830	0.151	0.010	0.121	0.065	0.659	<0.001

ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავდათ ბევრი სექსუალური პარტნიორი									
პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილები	r	- 0.035	- 0.059	-0.045	-0.084	-0.034	.210**	-0.043	0.023
პაპ ტესტის გაკეთებას არითხოვს ექიმი	p	0.432	0.193	0.320	0.064	0.453	<0.001	0.337	0.618
სკრინინგის გაკეთება არ არისსაჭირო, თუ არ მაქვს ჩვილები	r	0.005	0.082	.108*	-0.078	-0.014	0.009	-0.079	0.003
არ	p	0.905	0.068	0.016	0.083	0.761	0.836	0.080	0.949
არ მაინტერესებს მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს თუ კიბო გამოვლინდება, შეიძლება	r	- 0.052	- 0.003	-0.003	.116*	0.020	-0.053	-0.037	-0.006
	p	0.250	0.944	0.947	0.010	0.664	0.242	0.415	0.892
	r	0.059	0.058	-0.080	0.021	-0.061	-.092*	0.081	0.023
	p	0.194	0.195	0.077	0.649	0.176	0.042	0.073	0.618
	r	- 0.050	- 0.086	.155**	-0.020	.153**	-.105*	-0.048	-0.064
	p	0.266	0.056	0.001	0.651	0.001	0.020	0.290	0.154
	r	0.030	0.028	-.130**	.148**	.170**	-0.041	-0.031	-0.062
	p	0.499	0.536	0.004	0.001	<0.001	0.358	0.496	0.167

შეგვხვდეს უსიამოვნება მე და ჩემი ოჯახის წევრებს									
სოციალური იმიჯის	r	-0.075	-0.009	-0.051	-0.036	-.088*	.118**	-.124**	.333**
შელახვის შიში	p	0.098	0.844	0.263	0.422	0.050	0.009	0.006	<0.001
თუ კიბო გამოვლინდება, ემარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა	r	-0.049	0.019	.396**	-.122**	-0.080	-.107*	-.109*	-0.047
	p	0.276	0.673	<0.001	0.007	0.075	0.018	0.015	0.300
ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიში	r	-0.041	0.013	-.174**	0.072	0.065	.093*	0.026	-0.008
ინსტრუმენტები ს შიში	p	0.361	0.767	<0.001	0.110	0.150	0.038	0.569	0.862
	r	.094*	0.070	-0.010	0.033	-0.027	<0.001	-0.057	-0.028
	p	0.037	0.118	0.819	0.461	0.553	0.996	0.209	0.540

საჯარო სამსახურში დასაქმებული პირების პასუხები სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებენ შემდეგ ფაქტორებთან: „არ შემიძლია საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი“, „უხერხულობას განვიცდი მამაკაც ექიმებთან“, „სკრინინგი არ არის საჭირო, რადგან ვარ ძალიან ახალგაზრდა“, „პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილები“, „არ მაინტერესებს ტესტის შედეგი“, ამავე კონტინგენტის პასუხები სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ამჟღავნებს შემდეგ ფაქტორებთან: „არ მაქვს დრო სკრინინგ ცენტრში მისასვლელად“, „ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან ვარ ასაკოვანი“, „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს“, „თუ კიბო გამოვლინდება, ემარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა“.

სტუდენტების პასუხები სარწმუნო დადებით კორელაციას ავლენს ფაქტორთან: „არ მაქვს დრო სკრინინგ ცენტში მისასვლელად“ და პირიქით - უარყოფით კორელაციას ავლენს ფაქტორებთან: „სკრინინგი არ არის საჭირო, რადგან ვარ ძალიან ახალგაზრდა“, „პაპ ტესტი საჭიროა მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავდათ ბევრი სქესობრივი პარტნიორი“, „თუ კიბო გამოვლინდება, ქმარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა“.

ბიზნესში დასაქმებულთა (მცირე მეწარმეთა) პასუხები სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს შემდეგ ფაქტორებთან: „ექიმი არ არის ჩემთვის მისაღები“, პაპ-ტესტის ჩატარება ესაჭიროებათ ქალებს, ვისაც აქვთ სქესობრივი ცხოვრება“, „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს“. იმავე კონტინგენტის პასუხები უარყოფით კორელაციას ავლენს ფაქტორთან - „სკრინინგი არ არის საჭირო, რადგან ვარ ძალიან ახალგაზრდა“.

თვითდასაქმებულის პასუხები კორელირებს - „ექიმი არ არის ჩემთვის მისაღები“. დიასახლისის პასუხები სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს შემდეგ ფაქტორებთან: „ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიში“, „ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან ვარ ასაკოვანი“; უარყოფით კორელაციას კი შემდეგ ფაქტორებთან - „არ შემიძლია საავადმყოფოში დიდხანს ლოდინი“, „ექიმი არ არის ჩემთვის მისაღები“, „უხერხულობას განვიცდი მამაკაც ექიმებთან“, „სკრინინგი არ არის საჭირო, რადგან ვარ ძალიან ახალგაზრდა“, „არ მაინტერესებს“, „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს“, „თუ კიბო გამოვლინდება, ქმარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა“.

4.8. სკრინინგის ბარიერების პროგნოზული მოდელი დასაქმების მიხედვით

ცხრილი 4.8.1 წარმოადგენს შედეგებს ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელიდან, რომელიც პროგნოზირებს რესპონდენტთა სკრინინგის ბარიერებს.

ცხრილში ჩამოთვლილია ცვლადები, რომლებიც საიმედოდ ზრდის ან ამცირებს სკრინინგის ბარიერებს იმ ქალების დასაქმების მიხედვით, რომლებიც არასოდეს ყოფილან სკრინინგი.

ცხრილი 4.8.1. ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელი, რომელიც პროგნოზირებს რესპონდენტთა ბარიერებს სკრინინგისთვის.

დასაქმება	ფაქტორები	B	S.E.	Wal d	p	OR	95% C.I. for OR	
ექიმი	დრო არ მაქვს	1.71	0.34	25.4 4	<0.000 1	5.50	2.84	10.67
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩვილები არ მაქვს	-1.31	0.43	9.06	0.0026	0.27	0.12	0.63
	მეშინია, რომ ტესტი კიბოს გამოავლენს	-0.68	0.33	4.30	0.0380	0.51	0.27	0.96
	მუდმივა	-2.05	0.20	100. 48	<0.000 1	0.13		
სტუდენტი	დრო არ მაქვს	0.73	0.28	6.88	0.0087	2.07	1.20	3.57
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ	-2.10	1.02	4.22	0.0401	0.12	0.02	0.91

	ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი							
	თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	0.71	0.35	4.14	0.0418	2.03	1.03	4.01
	თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოთ	-1.23	0.49	6.40	0.0114	0.29	0.11	0.76
	მუდმივა	-1.76	0.17	107. 55	<0.000 1	0.17		
სახელმწიფო სამსახური	ძალიან ახალგაზრდა ვარ	1.70	0.41	17.3 4	<0.000 1	5.49	2.46	12.24 8
	პაპ ტესტი აუცილებელია სექსუალური ცხოვრების მქონე ქალებისთვის	-1.33	0.66	4.05	0.0442	0.26	0.07	0.966
	ექიმი არ მოითხოვს პაპ	1.57	0.58	7.39	0.0066	4.79	1.55	14.81 7

ტესტის ჩატარებას								
სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩივილები არ მაქვს	0.78	0.31	6.17	0.0130	2.17	1.18	4.007	
არ მაინტერესებს	-1.39	0.58	5.80	0.0160	0.25	0.08	0.772	
თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	-1.03	0.51	4.12	0.0425	0.36	0.13	0.966	
თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოს პარტნიორმა	1.41	0.35	15.97	0.0001	4.09	2.05	8.174	
ვაგინალური გამოკვლევების შიში	-1.29	0.42	9.53	0.0020	0.28	0.12	.625	
პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც	1.22	0.43	8.17	0.0043	3.39	1.47	7.84	

	ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი							
	მუდმივა	-1.65	0.19	75.5 4	<0.000 1	0.19		
მცირე მეწარმე	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	1.89	0.44	18.2 9	<0.000 1	6.64	2.79	15.81
	ძალიან ახალგაზრდა ვარ	-2.31	1.07	4.67	0.0307	0.10	0.01	0.81
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩივილები არ მაქვს	1.20	0.46	6.70	0.0096	3.31	1.34	8.20
	მეშინია, რომ ტესტი კიბოს გამოავლენს	1.50	0.36	16.9 9	<0.000 1	4.48	2.20	9.13
	თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	1.69	0.44	15.0 6	0.0001	5.42	2.31	12.73
	მუდმივა	-3.91	0.40	95.1 4	<0.000 1	0.02		
		დრო არ მაქვს	-1.02	0.42	5.96	0.0146	0.36	0.16
დიასახლისი	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	-1.25	0.62	4.01	0.0453	0.29	0.08	0.97

	უხერხულად ვერძნობ თავს ექიმთან	-2.55	0.73	12.2 4	0.0005	0.08	0.02	0.33
	მე არ ვენდობი ინფორმაციის შენახვის მხრივ	0.94	0.37	6.54	0.0106	2.56	1.24	5.25
	პაპ ტესტი აუცილებელია სექსუალური ცხოვრების მქონე ქალებისთვის	1.65	0.41	16.1 6	0.0001	5.23	2.33	11.72
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილი	1.15	0.42	7.36	0.0067	3.15	1.37	7.22
	არ მაინტერესებს	-1.89	0.81	5.51	0.0189	0.15	0.03	0.73
	ვაგინალური გამოკვლევების შიში	1.18	0.37	10.2 4	0.0014	3.26	1.58	6.72
	მუდმივა	-1.73	0.19	85.0 5	<0.000 1	0.18		
თვითდასაქმ ებული	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	0.67	0.33	4.08	0.0434	1.96	1.02	3.76
	არ მაინტერესებს	0.86	0.38	5.08	0.0241	2.36	1.12	4.98

	სოციალური იმიჯის შემცირების შიში	-1.66	0.74	5.10	0.0239	0.19	0.04	0.80
	თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოს პარტნიორმა	-1.06	0.45	5.60	0.0179	0.35	0.14	0.83
	მუდმივა	-1.63	0.16	106.25	<0.0001	0.20		
გლები	დრო არ მაქვს	-1.67	0.79	4.43	0.0352	0.19	0.04	0.89
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი	1.50	0.51	8.82	0.0030	4.50	1.67	12.14
	სოციალური იმიჯის შემცირების შიში	2.71	0.44	38.77	<0.0001	15.06	6.41	35.36

ექიმების შემთხვევაში, სკრინინგზე უარის თქმის ალბათობა დაკავშირებულია დროის ნაკლებობასთან. ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვნად ზრდის სკრინინგზე უარის თქმის შედარებით ალბათობას სტუდენტების შემთხვევაში მოიცავს „დრო არ მაქვს“ და „თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები

შეგვექმნას“. საჯარო სამსახურის თანამშრომლების შემთხვევაში ეს ფაქტორებია: „მე ძალიან ახალგაზრდა ვარ“; „ექიმი არ მოითხოვს პაპ ტესტის ჩატარებას“, „სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩივილი არ მაქვს“; „თუ კიბო აღმოჩნდა, შეიძლება უნდობლობა გამოიჩინოს პარტნიორმა“; „პაპ ტესტირება საჭიროა მხოლოდ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ რამდენიმე სექსუალური პარტნიორი“.

სარწმუნოდ მაღალია მცირე ბიზნესის თანამშრომლების სკრინინგზე უარის თქმის ალბათობა. „ექიმი ჩემთვის მიუღებელია“; „სკრინინგი საჭირო არ არის, თუ პრეტენზია არ მაქვს“; „მეშინია, რომ ტესტი კიბოს გამოავლენს“; „თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას“; „ინფორმაციის დამალვის კუთხით არ ვენდობი“. „პაპ-ტესტი აუცილებელია ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ სექსუალური ცხოვრება“, ან „პაპ-ტესტი საჭიროა მხოლოდ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ ბავშვები“, ხოლო „ვაგინალური გამოკვლევების შიში“ დიასახლისის მიერ ტესტზე უარის თქმის მიზეზებს შორისაა. თვითდასაქმებულთა შემთხვევაში ხშირი იყო პასუხი: „ექიმი არ არის ჩემთვის მისაღები“; „არ მაინტერესებს“. მნიშვნელოვნად იზრდება შედარებითი ალბათობა იმისა, რომ გლეხი უარს იტყვის ტესტირებაზე, რაც გამოიხატება როგორც „პაპ-ტესტი აუცილებელია მხოლოდ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი“. არსებობს სოციალური იმიჯის შემცირების შიში.

4.9. განხილვა

სყკ-ს ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ადამიანის პაპილომა ვირუსით ინფიცირება (HPV), განსაკუთრებით მისი მე-16 და მე-18 ტიპებით (124,170).

სყკ განეკუთვნება იმ მცირერიცხოვან კიბოთა რიცხვს, რომლის როგორც პირველადი პრევენცია (ვაქცინაციით), ისე სხვადასხვა მეთოდზე (PAP-ტესტზე, HPV-ტესტზე,) დაფუძნებული სკრინინგი ფრიად წარმატებით ხორციელდება სხვადასხვა ქვეყანაში (48, 51).

პოპულაციური სკრინინგის გავრცელება დაკავშირებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი სიკვდილობის მიშვნელოვან შემცირებასთან (12).

საშვილოსნოს ყელის კიბო ექვემდებარება პროფილაქტიკას და მკურნალობას ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში. იმ ქვეყნებში, სადაც არ არსებობს სკრინინგის ორგანიზებული პროგრამები, არაპროპორციულად მაღალია ამ დაავადებით ავადობისა და სიკვდილობის ტვირთი (133). მართალია, ეფექტური სკრინინგის პროგრამა იწვევს დაავადების ადრეულ გამოვლენას და გაუმჯობესებულ შედეგებს, მაგრამ მისი გავლენა დამოკიდებულია ტესტის ხარისხზე და მონაწილე სამიზნე პოპულაციის პროპორციაზე (99). მოდიფიცირებადი ფაქტორების გააზრება, რომლებიც გავლენას ახდენენ სკრინინგის ჩატარებაზე, ხელს უწყობს ეფექტური ინტერვენციების შემუშავებას საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის დაფარვის გაზრდის მიზნით(19).

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ასეთი პროგრამები დანერგილია, არ არის საკმარისი მოსახლეობის მოცვა. რაც განაპირობებს იმას, რომ ავადობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია.

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო საქართველოში მოსახლეობის ინფორმირებულობის დადგენა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ და სკრინინგით ქალთა მოცვის ბარიერების იდენტიფიკაცია - სკრინინგის ეფექტურობის ასამაღლებლად ადეკვატური ღონისძიებების დაგეგმვის და იმპლემენტაციის მიზნით.

კვლევაში მონაწილე ქალთა დემოგრაფიული მონაცემები ასეთი იყო: თბილისში (დედაქალაქში) ცხოვრობდა 245 (42.10%), რეგიონებში - 337 (47.90%); ქართველი იყო

516 (88.66%), აზერბაიჯანელი - 9 (1.55%), სომეხი - 28 (4.81%), რუსი - (13 (2.23%), სხვა ეროვნების - 16 (2.75%); ქრისტიანი იყო 508 (87.29%), მაჰმადიანი - 47 (8.08%), სხვა აღმსარებლობის - 23 (3.95%); დაქორწინებული იყო 246 (42.27%), განქორწინებული + ქვრივი - 110 (18.90%), დაუქორწინებელი - 215 (36.94%), პარტნიორი ქორწინების გარეშე ყავდა 11-ს (1.89%); დაწყებითი განათლებით იყო 20 (3.40%), არასრული საშუალო განათლებით - 68 (11.60%), საშუალო განათლებით 267 (45.90%), ხოლო უმაღლესი განათლებით - 227 (39.00%).

თუმცა გამოკითხულ ქალთა რაოდენობა და მათი დემოგრაფიული მონაცემების განაწილება მეტ-ნაკლებად ადეკვატურად ასახავს მოსახლეობის განაწილებას საქართველოს პოპულაციაში, გამონაკლისია აზერბაიჯანული თემი, რომელთა წარმომადგენლების მონაწილეობა გამოკითხვაში შეზღუდული იყო ენის არასაკმარისი ცოდნის გამო - რაც შეიძლება ჩაითვალოს კვლევის ერთ-ერთ „შეზღუდვად“. ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ მოსახლეობაში არ არის სათანადო ცნობადობა დაავადების პროფილაქტიკის შესაძლებლობებისა და უფასო სკრინინგ-პროგრამების შესახებ.

შემუშავებულია კითხვარი, რომელიც მცირე შესწორების შემდეგ ვალიდურია საშვილოსნოს კიბოს სკრინინგის შესახებ ცნობადობის შესასწავლად.

თურქეთში ჩატარებული კვლევის თანახმად, ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც სმენიათ პაპ ტესტის შესახებ იყო 77,7%, მაშინ როდესაც რეალურად მხოლოდ 32,4%-მა გაიარა ტესტირება. ქალების დაახლოებით 45.7%-მა თქვა, რომ არ იცოდა, რატომ უნდა გაიკეთოს პაპ ტესტი. ქალებს, რომლებმაც გაიკეთეს პაპ ნაცხი, სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად ნაკლები აღქმული ბარიერები ჰქონდათ, ვიდრე მათ, ვისაც არასოდეს გაუკეთებია (47). სამხრეთ აფრიკაში ჩატარებული კვლევის თანახმად, არც განათლებულ ქალებს არ აქვთ სრული ინფორმაცია საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ. სტუდენტებს, რომლებმაც გაიკეთეს პაპ ნაცხი, ჰქონდათ მნიშვნელოვნად დაბალი ბარიერები საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის, ვიდრე იმ სტუდენტებს, რომლებსაც არ ჰქონდათ ჩატარებული პაპ ტესტი (86).

ჩვენი კვლევის თანახმად, გამოკითხული 582 ქალიდან მხოლოდ 89-ს (15.3%) ჰქონდა მონაწილეობა სეკ-ს სკრინინგში მიღებული, რაც ადასტურებს სკრინინგით დაბალ მოცვას და კიდევ ერთხელ მიუთითებს მისი მიზეზების გამოკვლევის აუცილებლობას.

რადგანაც იმ ჯგუფებს შორის, რომელთა წევრებმაც ჩაიტარეს ან არ ჩაიტარეს სკრინინგი, ასაკობრივი სხვაობა არ დასტურდება, მიუთითებს, რომ ასაკი არ არის სკრინინგში მონაწილეობა-არმონაწილეობის განმსაზღვრელი.

თუ სკრინინგში მონაწილეობის თვალსაზრისით სამედიცინო პერსონალის აქტიურობა ბუნებრივია, საჯარო სამსახურებში დასაქმულთა „თავშეკავების“ მიზეზი გამოსაკვლევია და გასათვალისწინებელია. საჯარო სამსახურში დასაქმებულთათვის სკრინინგში არ- ან იშვიათი მონაწილეობა შეიძლება უკავშირდებოდეს დროის უქონლობას. ამასთანავე, ქვეყნის დემოგრაფიულ-ეკონომიკური მოწყობის გათვალისწინებით, საჯარო სამსახურში დასაქმებული პირები უმეტესწილად ქალაქის მაცხოვრებლები არიან, რომელთა დიდ ნაწილსაც უმაღლესი განათლება აქვს.

ზემოაღნიშნულ მოცემულობათა ერთობლიობა გვაფიქრებინებს, რომ, ერთი მხრივ, სკრინინგის თაობაზე ამ კონტინგენტისათვის ინფორმაციის მიწოდება არასათანადო ინტენსივობით და ხარისხით ხორციელდება (ამას ადასტურებს ინფორმაციის ძირითად წყაროდ „მეგობრების“ დასახელება), ხოლო მეორე მხრივ, საჯარო მოხელეების მიერ არ (ვერ) ხდება სეკ-ს რისკის და სკრინინგის რაობის და მნიშვნელობის (სარგებელის) ადეკვატური აღქმა, რაც საჯარო სამსახურში დასაქმებულთა უმაღლესი განათლების მიუხედავად, მათ დაბალ „ჯანდაცვით განათლებაზე“ მიუთითებს.

საზოგადოდ, მრავალი კვლევა მიუთითებს, რომ სკრინინგში მონაწილეობის ხარისხი დაკავშირებულია ქალების განათლებასთან (8, 96, 13). სკრინინგის ძირითად ბარიერებად სახელდება დაბალი ინფორმირებულობა და სკრინინგის როლის არასაკმარისი გაგება (93). ჩვენი კვლევის მიხედვითაც, სკრინინგში მონაწილეობა-არმონაწილეობის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა განათლების სტატუსი.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენი კვლევის შედეგად გამოვლენილი სეკ-ს სკრინინგში მონაწილეობის ბარიერები თანხვედრაშია როგორც დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში, ისე განვითარებულ ქვეყნებში გამოვლენილ ბარიერებთან.

ასე, მაგალითად, დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში გამოვლენილ 22 ბარიერს შორის, საქართველოს მსგავსად, ყველაზე მნიშვნელოვნად იყო მიჩნეული „ინფორმაციის ნაკლებობა სეკ-სა და მისი მკურნალობის შესახებ“, „მიუღებლობა ან სიმორცხვე“, „დროის ნაკლებობა“ და „ოჯახის მხარდაჭერის ნაკლებობა“(49). საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ადეკვატური ინფორმაციის ნაკლებობა მნიშვნელოვანი შემაფერხებელია სკრინინგისთვის; ეს ფაქტორი დაკავშირებულია მრავალ მცდარ წარმოდგენასთან და ნეგატიურ აღქმასთან. პრევენციული სტრატეგიები მიზნად ისახავს მართებული ინფორმაციის გავრცელების გაუმჯობესებას, ქალებს შორის ცოდნის უფსკრულის შემცირებას და ფინანსური და ჯანდაცვის ფაქტორების გათვალისწინებას(109).

საქართველოში გამოვლენილი სეკ-ს სკრინინგის ბარიერები თანხვედრაშია ლათინური ამერიკის ქვეყნებში გამოვლენილ ისეთ ბარიერებთან, როგორებიცაა: „დისკომფორტი და კონფიდენციალურობისადმი უნდობლობა“, „შფოთვა ტესტის შედეგების გამო“, და „ზოგადად, კიბოს შიში“(7).

ინგლისის მოსახლეობაში სკრინინგის ბარიერებს შორის უფრო მაღალი სიხშირით გამოირჩეოდა ე.წ. პრაქტიკული ბარიერები: „ტკივილის შიში (67.2%), და „დროის ნაკლებობა“ (48.7%) (168), რომლებიც ასევე მნიშვნელოვანია საქართველოს მოსახლეობისთვისაც, სადაც გამოკითხულთა 18.49% ასახელებს „ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიშს“, ხოლო 20.89% - „დროის ნაკლებობას“.

ავსტრალიაში ჩატარებული კვლევით (42) გამოვლენილი სეკ-ს ფსიქოლოგიური („შფოთვა“, „უხერხულობა“) და პრაქტიკული („დროის ნაკლებობა“) ბარიერები ასევე ხშირად აღინიშნებოდა საქართველოში გამოკვლეული კონტინგენტის მიერაც, რომელთაგან ყველაზე დიდი სიხშირით გამოირჩეოდა შიში, რომ „ტესტი გამოავლენს კიბოს“ (36.51%), და რომ „თუ კიბო გამოვლინდება, ქმარს (პარტნიორს) შეიძლება გაუჩნდეს უნდობლობა“ (18.46%), „ვაგინალური გამოკვლევების ჩატარების შიში“ (18.49%), „უხერხულობის განცდა მამაკაც ექიმებთან“ (14.6%).

განვითარებული ქვეყნისათვის დამახასიათებელი ბარიერების გამოვლენა საქართველოში, ერთი მხრივ, შეიძლება მიუთითებდეს იმ გარემოებას, რომ ეკონომიკური პრობლემების მიუხედავად, სოციალურ-კულტურულად საქართველო მოიაზრება განვითარებულ ქვეყანათა კოჰორტაში, ხოლო მეორე მხრივ, სკრინინგის სპეციფიკიდან გამომდინარე, როგორც დაბალი, ისე მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში, სყკ-ს სკრინინგის ბარიერების ნაწილი იდენტურია.

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს ქალთა პოპულაციის იმ ნაწილში, რომელსაც არასდროს გაუვლია სყკ-ს სკრინინგი, ბარიერები განსხვავებულია როგორც განათლების დონის, ისე დასაქმების სპეციფიკიდან გამომდინარე. უმაღლესი განათლების მქონე ქალები უფრო ხშირად აღნიშნავენ პრაქტიკულ ბარიერს ან პროცედურის შიშს, მაშინ როდესაც რესპოდენტებს უმაღლესი განათლების გარეშე, სკრინინგში მონაწილეობაში უფრო ხშირად ხელს უშლის დაბალი ინფორმირებულობა და ჯანდაცვითი განათლების ნაკლებობა და, შესაბამისად, არასწორი წარმოდგენები სკრინინგის შესახებ.

ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ სკრინინგში მონაწილე ქალებს სარწმუნოდ მეტი ინფორმაცია და ცოდნა აქვთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეტიოლოგიის, პროფილაქტიკის და მკურნალობის შესახებ. მეტიც, მათ უკეთ იციან სყკ-ს რისკის ისეთი ფაქტორებიც, როგორებიცაა სქესობრივი აქტივობის ადრეული დაწყება, პაპილომავირუსული ინფექცია, რამდენიმე სქესობრივი პარტნიორი, სქესობრივი კავშირი პოლიგამიურ მამაკაცთან, მშობიარობა ადრეულ ასაკში; უკეთ იციან აგრეთვე, სყკ-ს ისეთი სიმპტომები, როგორებიცაა სხვადასხვა ტიპის ვაგინალური სისხლდენა და გამონადენი, ასევე ტკივილი, მათ შორის სქესობრივი კავშირის დროს.

დასკვნები

1. შემუშავებული კითხვარი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ცნობადობისა და ბარიერების შესახებ, ვალიდურია საქართველოს პოპულაციაში სეკ-ს ბარიერებისა და ცნობადობის შესასწავლად;
2. საქართველოს პოპულაციაში სეკ-ს სკრინინგში მონაწილეობა დამოკიდებულია საცხოვრებელ ადგილზე, განათლების დონეზე, დასაქმების სახესა და ინფორმაციის წყაროზე;
3. სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეთა შორის სარწმუნოდ მაღალია სეკ-ს ცნობადობა;
4. სკრინინგში მონაწილეობის ფარდობით შანსს სარწმუნოდ ზრდის შემდეგი ფაქტორები: საცხოვრებელი ადგილი - თბილისი, უმაღლესი განათლება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღება სამედიცინო პერსონალისაგან და ტელევიზიისაგან. და პირიქით, სკრინინგში მონაწილეობის შანსს ამცირებს: არასრული საშუალო განათლება, ოჯახური მდგომარეობა - დაუქორწინებელი, საჯარო სამსახურში დასაქმება, სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მეგობრებისგან მიღება;
5. საქართველოს ქალთა მოსახლეობის სკრინინგში მონაწილეობის ძირითად ბარიერები ასოცირდება სკრინინგის რთულად ხელმისაწვდომობასთან, განათლების დაბალი დონესთან და ნაკლებ ინფორმირებულობასთან;
6. იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი, სეკ-ს სკრინინგის ბარიერები კორელირებს განათლების დონესთან, სეკ-ს შესახებ ინფორმაციის წყაროებთან და დასაქმების სახეობასთან;
7. იმ ქალებში, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი, სეკ-ს სკრინინგის გავლის ბარიერების პროგნოზის განისაზღვრა შესაძლებელია დასაქმების სახეობის მიხედვით.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

სკრინინგავლილ და სკრინინგაუვლელ ჯგუფებს შორის საშვილოსნოს ყელის კიბოს და მისი მართვის თაობაზე ცოდნის აღნიშნული განსხვავება ადასტურებს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციის მიწოდების უფრო ქმედითი ფორმების მოძიების აუცილებლობას და ამასთანავე, საზოგადოების სამედიცინო/ჯანდაცვითი განათლების ხარისხის ამაღლებას.

საქართველოში, აღნიშნულ პროცესში აქტიურად შეიძლება იქნას გამოყენებული სამედიცინო საზოგადოების თანამშრომლობა მასმედიასთან და სოციალურ ქსელებთან, მით უფრო, რომ ჩვენი კვლევითაც დასტურდება, რომ რადიო-ტელევიზიით მოსმენილი ინფორმაცია და ექიმის მიერ მიღებული განმარტება სკრინინგის საჭიროების შესახებ, ყველაზე დამაჯერებელია რესპოდენტებისათვის, რომლებიც, საზოგადოდ, ყველაზე ხშირად ინფორმაციას იღებენ სწორედ ციფრული მედიის (სოციალური ქსელები) და რადიო-ტელევიზიის საშუალებით. ვფიქრობთ, რომ სამედიცინო საზოგადოების და, განსაკუთრებით სეკ-ს სკრინინგთან დაკავშირებული მაღალი კლასის სპეციალისტების „ტელე-კომუნიკაცია“ ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სერვისებისადმი საზოგადოების ნდობის ამაღლებას (რისი დეფიციტიც აღინიშნება, მათ შორის უმაღლესი განათლების მქონე პირებშიც, რომლებიც, ზოგადად, სკრინინგში ჩართვისათვის მეტ ბარიერს ასახელებენ, უმაღლესი განათლების არმქონე ქალებთან შედარებით) და სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებული ტკივილის შიშის (უსაფუძვლო შიშის) და ასევე, სკრინინგულ დიაგნოზთან დაკავშირებული სტიგმის (უსაფუძვლო სტიგმის) ნიველირებას.

ასეთი კომუნიკაცია ასევე ხელს შეუწყობს ისეთი მცდარი წარმოდგენების გაქარწყლებას, როგორებიცაა, პაპ ტესტის ჩატარების საჭიროება მხოლოდ აქტიური სქესობრივი ცხოვრებით (განსაკუთრებით მრავალ პარტნიორთან) მცხოვრები ქალებისათვის, ან მათთვის, ვისაც ბევრი შვილი ყავს, ან აღენიშნებათ ჩივილები სასქესო ორგანოების მხრივ (ასეთ მოსაზრებებს სარწმუნოდ უფრო ხშირად ემხრობიან უმაღლესი განათლების არმქონე ქალები).

კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანი უნდა იყოს პოლიტიკის შემქმნელებისთვის და მათი საერთაშორისო თუ ადგილობრივი პარტნიორებისთვის (სახელმწიფო ინსტიტუციებისათვის და არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის), რათა ერთობლივად იმუშაონ საქართველოში გამოვლენილი სეკ-ს სკრინინგის ბარიერების აღმოსაფხვრელად.

ლიტერატურა

1. ავთვისებიანი სიმსივნეები საქართველოში, 2015-2021. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი: 2022.
2. ინფორმაცია საქართველოს 2021 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით განსაზღვრული პროგრამების მოსალოდნელი შედეგებისა და ინდიკატორების შესახებ. *პროგრამული ბიუჯეტის დანართი*). თბილისი. 2020
3. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017-2020. თბილისი, საქართველო 2017. <https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f4ebcc3c-5b3e-4ffb-8244-258746af6452>
4. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ოთხი წლის შედეგები, საქართველო. 2015–2018. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=b95e1248-86ed-4a4b-987e-e81b9de8fb94>
5. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველო 2021. მოკლე მიმოხილვა. 2022. <https://test.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=c33853f2-73bc-4bbe-841d-43bfa4fe7dca>
6. ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=01b47a1e-6814-4f55-9f18-1b9b7c79efb3
7. Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med.* 2004 Jul;39(1):91-8.
8. Ahmed NU, Rojas P, Degarege A. Knowledge of cervical cancer and adherence to Pap smear screening test among female university students in a multiethnic institution, USA. *J Natl Med Assoc.* 2020 Jun;112(3):300-7.
9. Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. *J Community Health.* 2017 Aug;42(4):770-778
10. Allahqoli L, Dehdari T, Rahmani A, Fallahi A, Gharacheh M, Hajinasab N, Salehiniya H, Alkatout I. Delayed cervical cancer diagnosis: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022 Nov;26(22):8467-8480.

11. Almehmadi MM, Salih MM, Al-Hazmi AS. Awareness of human papillomavirus infection complications, cervical cancer, and vaccine among the Saudi population: A cross-sectional survey. *Saudi Medical Journal*. 2019;40(6):555.
12. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2018. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>.
13. Ampofo AG, Adumatta AD, Owusu E, Awuviry-Newton K. A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: an application of the health belief model. *PLoS One*. 2020 Apr 30;15(4):e0231459. doi: 10.1371/journal.pone.0231459.
14. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb;8(2):e191-e191-203.
15. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CJ, Poljak M, Ogilvie G, Koliopoulos G, Naucler P, Sankaranarayanan R, Peto J. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30:F88-99.
16. Arslan HN, Oruc MA. Results from a cervical cancer screening program in Samsun, Turkey. *BMC Women's Health*. 2022 Dec;22(1):1-8.
17. Asl RT, Van Osch L, De Vries N, Zendehdel K, Shams M, Zarei F, De Vries H. The role of knowledge, risk perceptions, and cues to action among Iranian women concerning cervical cancer and screening: a qualitative exploration. *BMC public health*. 2020 Dec;20(1):1-2.
18. Australian Government Cancer Australia. Cervical Cancer in Australia Statistics. Available online: <https://www.canceraustralia.gov.au/cancer-types/cervical-cancer/statistics>
19. Barrera Ferro D, Bayer S, Brailsford S, Smith H. Improving intervention design to promote cervical cancer screening among hard-to-reach women: assessing beliefs and predicting individual attendance probabilities in Bogotá, Colombia. *BMC Women's Health*. 2022 Jun 7;22(1):212.
20. Barrow A, Onikan A, Nzopotam CI, Ekholuenetale M. Prevalence and determinants of cervical cancer awareness among women of reproductive age: evidence from Benin and Zimbabwe population-based data. *Applied Cancer Research*. 2020 Dec;40(1):1-3.
21. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *Journal of clinical virology*. 2005 Mar 1;32:16-24.
22. Benard VB, Thomas CC, King J, Massetti GM, Doria-Rose VP, Saraiya M; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: cervical cancer incidence, mortality,

- and screening - United States, 2007-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Nov 7;63(44):1004-9.
23. Black AT, McCulloch A, Martin RE, Kan L. Young women and cervical cancer screening: what barriers persist? *Can J Nurs Res.* 2011 Mar;43(1):8-21.
 24. Black E, Hyslop F, Richmond R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2019 Aug 9;19(1):108. doi: 10.1186/s12905-019-0809-z.
 25. Black E, Hyslop F, Richmond R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. *BMC women's health.* 2019 Dec;19(1):1-2.
 26. Brenner, D.R.; Weir, H.K.; Demers, A.A.; Ellison, L.F.; Louzado, C.; Shaw, A.; Turner, D.; Woods, R.R.; Smith, L.M. Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *Can. Med. Assoc. J.* **2020**, 192, E199–E205
 27. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human papillomavirus and related diseases in the world. Summary Report 17 June 2019. XWX. pdf. 2019.
 28. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, de Sanjosé S, Castellsagué X. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health.* 2016 Jul;4(7):e453-63
 29. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal of Infectious Diseases.* 2010 Dec 15;202(12):1789-99.
 30. Bruni, L.; Albero, G.; Serrano, B.; Mena, M.; Gomez, D.; Munoz, J.; Bosch, F.X.; de Sanjose, S. Papillomavirus and Related Diseases in Nepal; Summary Report; Human ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre): Geneva, Switzerland, 17 June 2019
 31. Buchanan Lunsford N, Ragan K, Lee Smith J, Saraiya M, Aketch M. Environmental and psychosocial barriers to and benefits of cervical cancer screening in Kenya. *Oncologist.* 2017 Feb;22(2):173-81.
 32. Buskwofie A, David-West G, Clare CA. A review of cervical cancer: incidence and disparities. *Journal of the National Medical Association.* 2020 Apr 1;112(2):229-32.

33. Caird H, Simkin J, Smith L, Van Niekerk D, Ogilvie G. The Path to Eliminating Cervical Cancer in Canada: Past, Present and Future Directions. *Current Oncology*. 2022 Feb 14;29(2):1117-22.
34. Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. New dimensions in cervical cancer screening. *Vaccine*. 2006 Aug 21;24:S90-7. *Cancer in Georgia. 2015-2021*. Tbilisi: National Center for Disease Control and Public Health; 2022.
35. Cancer Research UK. Cancer Incidence Statistics UK. Available online: <http://www.cancerresearchuk.org>.
36. Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV infection fact sheet. Rockville: MD: CDC National Prevention Information Network; 2014.
37. Chen W, Zheng R, Baade PD, Zhang S, Zeng H, Bray F, Jemal A, Yu XQ, He J. Cancer statistics in China, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016 Mar;66(2):115-32.
38. Chen W, Zheng R, Zuo T, Zeng H, Zhang S, He J. National cancer incidence and mortality in China, 2012. *Chinese Journal of Cancer Research*. 2016 Feb;28(1):1.
39. Chernyshov PV, Humenna I. Human papillomavirus: vaccination, related cancer awareness, and risk of transmission among female medical students. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2019 Jun 1;28(2):75-9.
40. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sexually transmitted diseases*. 2014 Nov;41(11):660.
41. Chidyaonga-Maseko F, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *Pan Afr Med J*. 2015 Jul 30;21:231. doi: 10.11604/pamj.2015.21.231.6350.
42. Creagh NS, Zammit C, Brotherton JM, Saville M, McDermott T, Nightingale C, Kelaher M. The experience of under-screened and never-screened participants using clinician-supported self-collection cervical screening within the Australian National Cervical Screening Program. *Women's Health*. 2022 Feb;18:17455065221075905.
43. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, Edmunds WJ, Claeys P, Goldenthal KL, Harper DM, Markowitz L. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep;85(9):719-26. doi: 10.2471/blt.06.038414. PMID: 18026629; PMCID: PMC2636411.

44. de Oliveira NP, de Camargo Cancela M, Martins LF, Meira KC, de Castro JL, de Souza DL. Completeness of cervical cancer staging information in Brazil: A national hospital-based study. *Cancer Epidemiology*. 2022 Aug 1;79:102191.
45. de Prevenção IC. Vigilância. Estimativa 2020-incidência de câncer no Brasil. Rio de. 2019.
46. de Sanjosé S, Serrano B, Tous S, Alejo M, Lloveras B, Quirós B, Clavero O, Vidal A, Ferrándiz-Pulido C, Pavón MÁ, Holzinger D. Burden of human papillomavirus (HPV)-related cancers attributable to HPVs 6/11/16/18/31/33/45/52 and 58. *JNCI cancer spectrum*. 2018 Oct;2(4):pky045.
47. Demirtas B, Acikgoz I. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with Turkish womens' health beliefs. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(1):333-40.
48. Denny L, Anorlu R. Cervical cancer in Africa. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Sep;21(9):1434-8.
49. Devarapalli P, Labani S, Nagarjuna N, Panchal P, Asthana S. Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: a systematic review. *Indian J Cancer*. 2018 Oct-Dec;55(4):318-26.
50. Di Giuseppe G, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *British journal of cancer*. 2008 Jul;99(2):225-9.
51. Draft global strategy to accelerate cervical cancer elimination. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. 5 August 2019 190426. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/409225/69id02e_MA_CervicalCancer_190426.pdf
52. Draft global strategy to accelerate cervical cancer elimination. World health organization regional office for europe. 5 august 2019 190426. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/409225/69id02e_MA_CervicalCancer_190426.pdf
53. Draft WH. Global Strategy Towards Eliminating Cervical Cancer as a Public Health Problem. WHO: Geneva, Switzerland. 2019 Dec.
54. Drokow EK, Zi L, Han Q, Effah CY, Agboyibor C, Sasu E, Akpabla GS, Foli F, Sun K. Awareness of cervical cancer and attitude toward human papillomavirus and its vaccine among Ghanaians. *Frontiers in Oncology*. 2020 Sep 8;10:1651.

55. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. *Infectious Disease Clinics*. 2013 Dec 1;27(4):765-78.
56. Ebu NI, Mupepi SC, Siakwa MP, Sampelle CM. Knowledge, practice, and barriers toward cervical cancer screening in Elmina, Southern Ghana. *Int J Womens Health*. 2014 Dec 24;7:31-9.
57. Elshami M, Thalji M, Abukmail H, Al-Slaibi I, Alser M, Radaydeh A, Alfuqaha A, Khader S, Khatib L, Fannoun N, Ahmad B. Knowledge of cervical cancer risk factors among Palestinian women: a national cross-sectional study. *BMC women's health*. 2021 Dec;21(1):1-4.
58. Eze JN, Umeora OU, Obuna JA, Egwuatu VE, Ejikeme BN. Cervical cancer awareness and cervical screening uptake at the Mater Misericordiae Hospital, Afikpo, Southeast Nigeria. *Annals of African medicine*. 2012 Oct 1;11(4):238.
59. Ferdous M, Lee S, Goopy S, Yang H, Rumana N, Abedin T, et al. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC Womens Health*. 2018 Oct 11;18(1):165. doi: 10.1186/s12905-018-0654-5.
60. Ferdous M, Lee S, Goopy S, Yang H, Rumana N, Abedin T, Turin TC. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC women's health*. 2018 Dec;18(1):1-3.
61. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941-53.
62. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International journal of cancer*. 2021 Aug 15;149(4):778-89.
63. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global cancer observatory: cancer today. International Agency for Research on Cancer. Lyon, France. 2020.
64. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1. 0, cancer incidence and mortality worldwide. *Iarc Cancerbase*. 2013 Jan 31;11.
65. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, Guerra CE, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Kim JJ, Andrews KS, DeSantis CE, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Wender RC, Smith RA. Cervical cancer screening for

- individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2020 Sep;70(5):321-346.
66. Ford S, Tarraf W, Williams KP, Roman LA, Leach R. Differences in cervical cancer screening and follow-up for black and white women in the United States. *Gynecologic oncology*. 2021 Feb 1;160(2):369-74.
 67. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Plummer M, Franceschi S. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30:F12-23.
 68. Francoeur AA, Liao CI, Casear MA, Chan A, Kapp DS, Cohen JG, Salani R, Chan JK. The increasing incidence of stage IV cervical cancer in the USA: what factors are related?. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2022 Sep 1;32(9).
 69. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Riccardo Genazzani A. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: A review of the literature. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27:597–604.
 70. García-Perdomo, H. A., Osorio, J. C., Fernandez, A., Zapata-Copete, J. A., & Castillo, A. The effectiveness of vaccination to prevent the papillomavirus infection: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Infection*, 2019: 147.
 71. Garg PR, Srivastava S, Shumayla S, Kurian K, Rehman A, Garg R, Rathi SK, Mehra S. Women's Knowledge on Cervical Cancer Risk Factors and Symptoms: A Cross Sectional Study from Urban India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2022 Mar 1;23(3):1083-90.
 72. Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International journal of women's health*. 2017;9:487.
 73. Ghebreyesus TA, Director-General WH. Cervical cancer: an NCD we can overcome. InSpeech presented at 2018 May 19.
 74. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, Sarker M, Huong TT, Allemani C, Dvaladze A, Gralow J. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet*. 2017 Feb 25;389(10071):847-60.
 75. Gismondi M, Augustine AM, Tahir Khokhar MA, Khokhar HT, Twentyman KE, Florea ID, Grigore M. Are medical students from across the world aware of cervical cancer, HPV infection and vaccination? A cross-sectional comparative study. *Journal of Cancer Education*. 2021 Aug;36(4):682-8.

76. Gottvall M, Larsson M, Höglund AT, Tydén T. High HPV vaccine acceptance despite low awareness among Swedish upper secondary school students. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2009 Dec 1;14(6):399-405.
77. Gretsova OP, Kostin AA, Samsonov YV, Petrova GV, Prostov MY, Prostov YI. Morbidity and mortality from malignant neoplasms associated with human papillomavirus. *Research and Practical Medicine Journal*. 2017 Sep 20;4(3):33-50.
78. Guillaume D, Amédée LM, Rolland C, Duroseau B, Alexander K. Exploring engagement in cervical cancer prevention services among Haitian women in Haiti and in the United States: a scoping review. *J PsychosocOncol*. 2022 Dec 14:1-20.
79. Guliashvili G, Alibegashvili T. To improve the efficiency of Cervical Cancer Screening in Georgia (validation of Study Questionnaire). *Transl Clin Med Georg Med J*. 2021;6(1):4-13.
80. Gyawali B, Keeling JJ, van Teijlingen E, Dhakal L, Aro AR. Cervical cancer screening in Nepal: ethical considerations. *Med. Bioeth*. 2015, 5: 1–6
81. Hartwig S, Baldauf JJ, Dominiak-Felden G, Simondon F, Alemany L, de Sanjosé S, et al. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: potential additional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. *Papillomavirus Res*. 2015;1:90–100.
82. Hatcher J, Studts CR, Dignan MB, Turner LM, Schoenberg NE. Predictors of cervical cancer screening for rarely or never screened rural Appalachian women. *J Health Care Poor Underserved*. 2011; 22: 176- 193.
83. Health Care, Georgia 2021. Statistical reference. Brief overview [Internet]. NCDC [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://test.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=c33853f2-73bc-4bbe-841d-43bfa4fe7dca>. Georgian.
84. Herrero R, Murillo R. Cervical cancer. In: Thun M, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. Oxford University Press; 2018:925-946.
85. Hong Y, Zhang C, Li X, Lin D, Liu Y. HPV and cervical cancer related knowledge, awareness and testing behaviors in a community sample of female sex workers in China. *BMC Public Health*. 2013;13:696.
86. Hoque ME, Ghuman S, Coopoomay R, Van Hal G. Cervical cancer screening among university students in South Africa: a theory based study. *PloS one*. 2014 Nov 11;9(11):e111557.

87. Hoque ME. Cervical cancer awareness and preventive behaviour among female university students in South Africa. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010 Jan 1;11(1):127-30.
88. Hoque ME. Awareness of cervical cancer, Papanicolau' s smear and its utilization among female, final year undergraduates in Durban, South Africa. *Journal of cancer research and therapeutics.* 2013 Jan 1;9(1):25-8.
89. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, Davey DD, Goulart RA, Garcia FA, Kinney WK, Massad LS, Mayeaux EJ, Saslow D, Schiffman M. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Gynecologic oncology.* 2015 Feb 1;136(2):178-82.
90. Hull R, Mbele M, Makhafola T, Hicks C, Wang SM, Reis RM, Mehrotra R, Mkhize-Kwitshana Z, Kibiki G, Bates DO, Dlamini Z. Cervical cancer in low and middle-income countries. *Oncology letters.* 2020 Sep 1;20(3):2058-74.
91. Igissinov N, Igissinova G, Telmanova Z, Bilyalova Z, Kulmirzayeva D, Kozhakhmetova Z, Urazova S, Turebayev D, Nurtazinova G, Omarbekov A, Almabayeva A, Bukeyeva Z, Tarzhanova D, Moldabayeva A, Zhanaliyeva M, Kazbekova A, Openko V, Kozhakhmetov S, Kuandykov Y. New Trends of Cervical Cancer Incidence in Kazakhstan. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2021 Apr 1;22(4):1295-1304.
92. Islam RM, Billah B, Hossain MN, Oldroyd J. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017 Jul 27;18(7):1751-63.
93. Islami F, Fedewa SA, Jemal A. Trends in cervical cancer incidence rates by age, race/ethnicity, histological subtype, and stage at diagnosis in the United States. *Preventive medicine.* 2019 Jun 1;123:316-23.
94. Johnson DC, Bhatta MP, Smith JS, Kempf MC, Broker TR, Vermund SH, Chamot E, Aryal S, Lhaki P, Shrestha S. Assessment of high-risk human papillomavirus infections using clinician-and self-collected cervical sampling methods in rural women from far western Nepal. *PLoS One.* 2014 Jun 30;9(6):e101255.
95. Kahesa C, Kjaer S, Mwaiselage J, Ngoma T, Tersbol B, Dartell M, et al. Determinants of acceptance of cervical cancer screening in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health.* 2012 Dec 19;12:1093. doi: 10.1186/1471-2458-12-1093.
96. Kaida A, Colman I, Janssen PA. Recent Pap tests among Canadian women: is depression a barrier to cervical cancer screening? *J Womens Health (Larchmt).* 2008 Sep;17(7):1175-81.

97. Kashyap N, Krishnan N, Kaur S, Ghai S. Risk factors of cervical cancer: a case-control study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2019 Jul 1;6(3):308-14.
98. Kelly C, Pericleous M, Hendy J, de Lusignan S, Ahmed A, Vandrevalla T, Ala A. Interventions to improve the uptake of screening across a range of conditions in Ethnic Minority Groups: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2018 Jun 19:e13202
99. Kivistik A, Lang K, Baili P, Anttila A, Veerus P. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Womens Health*. 2011 Sep 28;11:43. doi: 10.1186/1472-6874-11-43.
100. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Preventive medicine*. 2008 Feb 1;46(2):87-98.
101. Kombe Kombe AJ, Li B, Zahid A, Mengist HM, Bounda GA, Zhou Y, Jin T. Epidemiology and burden of human papillomavirus and related diseases, molecular pathogenesis, and vaccine evaluation. *Frontiers in public health*. 2021 Jan 20;8:552028.
102. LeConte BA, Szaniszlo P, Fennewald SM, Lou DI, Qiu S, Chen NW, Lee JH, Resto VA. Differences in the viral genome between HPV-positive cervical and oropharyngeal cancer. *PloS one*. 2018 Aug 30;13(8):e0203403.
103. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Educ Behav*. 2012 Apr;39(2):210-8.
104. Li X, Zheng R, Li X, Shan H, Wu Q, Wang Y, Chen W. Trends of incidence rate and age at diagnosis for cervical cancer in China, from 2000 to 2014. *Chinese Journal of Cancer Research*. 2017 Dec;29(6):477.
105. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer CJ, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 2009;100:1191–7.
106. Lunsford NB, Ragan K, Smith JL, Saraiya M, Aketch M. Environmental and psychosocial barriers to and benefits of cervical cancer screening in Kenya. *The oncologist*. 2017 Feb;22(2):173.
107. Lyson HC, Le GM, Zhang J, Rivadeneira N, Lyles C, Radcliffe K, Pasick RJ, Sawaya G, Sarkar U, Centola D. Social media as a tool to promote health awareness: results from an online cervical cancer prevention study. *Journal of Cancer Education*. 2019 Aug;34(4):819-22.

108. Mafiana JJ, Dhital S, Halabia M, Wang X. Barriers to uptake of cervical cancer screening among women in Nigeria: a systematic review. *AfrHealthSci*. 2022 Jun;22(2):295-309
109. Mali NR, Mali R. Effect of structured education on knowledge regarding prevention of cervical cancer among A.N.M. students. *Int J Sci Res*. 2014;3(3):610-6.
110. Manikandan S, Behera S, Naidu NM, Angamuthu V, Mohammed OF, Debata A. Knowledge and awareness toward cervical cancer screening and prevention among the professional college female students. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*. 2019 May;11(Suppl 2):S314.
111. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med*. 2005 Dec;61(12):2528-35.
112. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination—updated recommendations of the advisory committee on immunization practices. *American Journal of Transplantation*. 2017 Mar 1;17(3):834-7.
113. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination—updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016 Dec 16;65(49):1405-8.
114. Mihretie GN, Liyeh TM, Ayele AD, Belay HG, Yimer TS, Miskr AD. Knowledge and willingness of parents towards child girl HPV vaccination in Debre Tabor Town, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *ReprodHealth*. 2022 Jun 10;19(1):136.
115. Moxham R, Moylan P, Duniec L, Fisher T, Furestad E, Manolas P, et al. Knowledge, attitudes, beliefs, intentions and behaviours of Australian Indigenous women from NSW in response to the National Cervical Screening Program changes: a qualitative study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021 Jul 21;13:100195.
116. Musselwhite LW, Oliveira CM, Kwaramba T, de Paula Pantano N, Smith JS, Fregnani JH, Reis RM, Mauad E, de Lima Vazquez F, Longatto-Filho A. Racial/ethnic disparities in cervical cancer screening and outcomes. *Acta cytologica*. 2016;60(6):518-26.
117. National Statistics Office of Georgia. Main results of 2014 general population census. Tbilisi: National Statistics Office of Georgia; 2018.
118. Nakayita RM, Benyumiza D, Nekesa C, Misuk I, Kyeswa J, Nalubuuka A, Murungi T, Udho S, Kumakech E. Factors associated with uptake of human papilloma virus vaccine among school girls aged 9-14 years in Lira City northern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2023 Jul 8;23(1):362.

119. Negash BA, Bayu NH, Woretaw AW. Knowledge, attitude, and associated factor towards cervical cancer prevention among primary and secondary school female teachers in Gondar town, North West Ethiopia, 2022. *BMC Womens Health*. 2023 Jul 10;23(1):365.
120. Ng'ang'a A, Nyangasi M, Nkonge NG, Gathitu E, Kibachio J, Gichangi P, Wamai RG, Kyobutungi C. Predictors of cervical cancer screening among Kenyan women: results of a nested case-control study in a nationally representative survey. *BMC public health*. 2018 Nov;18(3):1-0.
121. Ngoma M, Autier P. Cancer prevention: cervical cancer. *ecancermedicalscience*. 2019;13.
122. Ngwu CN, Iwuagwu AO, Ebimgbo SO, Igboeli EE, Eyang BO, Ogar LE. Perception and Practice of Cervical Cancer Screening Services and the Role of Social Workers in Facilitating Screening Uptake in Enugu State, Nigeria. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2022 Jul 1;23(7):2271-7.
123. Nootan RM, Ramling M. Effect of structured education on knowledge regarding prevention of cervical cancer among A.N.M. Students. *Int J Sci Res*. 2014;3(3):610–16.
124. Okolie EA, Barker D, Nnyanzi LA, Anjorin S, Aluga D, Nwadike BI. Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: a systematic review. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2022 May;5(5).
125. Okolie EA, Barker D, Nnyanzi LA, Anjorin S, Aluga D, Nwadike BI. Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: A systematic review. *Cancer Reports*. 2021 Jul 27:e1514.
126. Okunade KS. Human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020 Jul 3;40(5):602-8.
127. Olubodun T, Odukoya OO, Balogun MR. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer prevention, among women residing in an urban slum in Lagos, South West, Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2019 Mar 18;32(1).
128. Orumaa M, Innos K, Suurna M, Veerus P. Cervical cancer screening history among women diagnosed with cervical cancer in Estonia 2017–18. *European Journal of Public Health*. 2022 Dec 5.
129. Paz-Zulueta, M, Álvarez-Paredes, L, Díaz JR., Parás-Bravo, P., Becerra, MA, Ingelmo, JMR, Santibañez, M. Prevalence of high-risk HPV genotypes, categorised by their quadrivalent and nine-valent HPV vaccination coverage, and the genotype association with high-grade lesions. *BMC cancer*. 2018, 18(1), 1-9.

130. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, Zondi N, Zungu N, Varghese C, Hunting G, Parham G, Simelela P, Moyo S. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. *BMC WomensHealth*. 2022 Dec 2;22(1):486.
131. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2016 Feb 1;28(1):4-10.
132. Pimple SA, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva ginecologica*. 2019 Feb 22;71(4):313-20.
133. Piñeros M, Saraiya M, Baussano I, Bonjour M, Chao A, Bray F. The role and utility of population-based cancer registries in cervical cancer surveillance and control. *Preventive medicine*. 2021 Mar 1;144:106237.
134. Poljak M. **Towards cervical cancer eradication: joint force of HPV vaccination and HPV-based cervical cancer screening.** *Clin Microbiol Infect*. 21, 2015: 806-807
135. Poudel K, Sumi N. Analyzing awareness on risk factors, barriers and prevention of cervical cancer among pairs of Nepali high school students and their mothers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 Nov;16(22):4382.
136. Robbers GML, Bennett LR, Spagnoletti BRM, Wilopo SA. Facilitators and barriers for the delivery and uptake of cervical cancer screening in Indonesia: a scoping review. *Glob Health Action*. 2021 Jan 1;14(1):1979280.
137. Saleem A, Bekele A, Fitzpatrick MB, Mahmoud EA, Lin AW, Velasco HE, Rashed MM. Knowledge and awareness of cervical cancer in Southwestern Ethiopia is lacking: A descriptive analysis. *PLoS One*. 2019 Nov 12;14(11):e0215117.
138. Salina Zhang BS, Batur P, Ncmp C. Human papillomavirus in 2019: An update on cervical cancer prevention and screening guidelines. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2019 Mar;86(3):173.
139. Sankaranarayanan R, Basu P, Kaur P, Bhaskar R, Singh GB, Denzongpa P, Grover RK, Sebastian P, Saikia T, Oswal K, Kanodia R. Current status of human papillomavirus vaccination in India's cervical cancer prevention efforts. *The Lancet Oncology*. 2019 Nov 1;20(11):e637-44.
140. Saud B, Adhikari S, Awasthi M. Cancer burden in Nepal: a call for action. *MOJ Proteomics Bioinform*. 2018;7(5):278-9.

141. Schoenberg NE, Studts CR, Hatcher-Keller J, Buelt E, Adams E. Patterns and determinants of breast and cervical cancer non-screening among Appalachian women. *Women Health*. 2013; **53**: 552- 571.
142. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019;69:7-34.
143. Simms KT, Steinberg J, Caruana M, Smith MA, Lew JB, Soerjomataram I, et al. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020-99: a modelling study. *Lancet Oncol*. 2019 Mar;20(3):394-407_
144. Simo RT, Tchakounte CK, Kamdje AH, Sidje LM, Etet PF, Telefo PB. Cervical cancer awareness and detection of precancerous lesions at two district health centres in the West Region of Cameroon. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*. 2021 Jul 23;6(3):263-9.
145. Singh K, Balega J. Cancer of the uterine cervix. In: Shaw RW, Luesley D, Monga A, editors. *Gynaecology*. 4th ed. Elsevier Limited 2011; 582-83.
146. Srinath A, van Merode F, Rao SV, Pavlova M. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-and-middle-income countries: a systematic review. *HealthPolicyPlan*. 2022 Dec16:czac104.
147. Statistics Canada. Table 13-10-0111-Number and Rates of New Cases of Primary Cancer, by Cancer Type, Age Group and Sex. Available online: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/cv.action?pid=1310011101>
148. Sultana R, Hafeez M, Shafiq S. Awareness about cervical cancer in Pakistani women. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2019 Feb 1(1):21-5.
149. Sultana R, Hafeez M, Shafiq S. Awareness about cervical cancer in Pakistani women. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2019 Feb 1(1):21-5.
150. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021 May;71(3):209-49.
151. Suurna M, Orumaa M, Ringmets I, Pärna K. Inequalities in reported use of cervical screening in Estonia: results from cross-sectional studies in 2004-2020. *BMC Womens Health*. 2022 Dec 24;22(1):545.
152. Swift C, Dey A, Rashid H, Clark K, Manocha R, Brotherton J, Beard F. Stakeholder Perspectives of Australia's National HPV Vaccination Program. *Vaccines (Basel)*. 2022 Nov 21;10(11):1976.

153. Sypień P, Zielonka TM. Evaluation of Polish Adolescents' Knowledge About Human Papillomavirus and Vaccines. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2022 Nov 15.
154. Sypień P, Zielonka TM. Knowledge and Awareness of Polish Parents on Vaccination against Human Papillomavirus. *Vaccines (Basel)*. 2022 Jul 20;10(7):1156.
155. Szymonowicz KA, Chen J. Biological and clinical aspects of HPV-related cancers. *Cancer biology & medicine*. 2020 Nov 11;17(4):864.
156. Taghizadeh Asl R, Van Osch L, De Vries N, Zendehdel K, Shams M, Zarei F, et al. The role of knowledge, risk perceptions, and cues to action among Iranian women concerning cervical cancer and screening: a qualitative exploration. *BMC Public Health*. 2020 Nov 11;20(1):1688. doi: 10.1186/s12889-020-09701-6
157. Thompson EL, Galvin AM, Daley EM, Tatar O, Zimet GD, Rosberger Z. Recent changes in cervical cancer screening guidelines: U.S. women's willingness for HPV testing instead of Pap testing. *Prev Med*. 2020 Jan;130:105928
158. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015;65:87–108.
159. Uysal Toraman A, Yildirim N. Knowledge About Cervical Cancer Risk Factors and Practices of Pap Testing Among Turkish Immigrant Women in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2018 Oct;20(5):1222-1229.
160. Van Til L, MacQuarrie C, Herbert R. Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women. *Qual Health Res*. 2003 Oct;13(8):1116-31.
161. Vega Crespo B, Neira VA, OrtízSegarra J, Andrade A, Guerra G, Ortiz S, Flores A, Mora L, Verhoeven V, Gama A, Dias S, Verberckmoes B, Vermandere H, Michelsen K, Degomme O. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: the perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*. 2022 Nov 22;22(1):2144
162. Wang R, Pan W, Jin L, Huang W, Li Y, Wu D, Gao C, Ma D, Liao S. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. *Cancer letters*. 2020 Feb 28;471:88-102.
163. Watson M, Benard V, King J, Crawford A, Saraiya M. National assessment of HPV and Pap tests: changes in cervical cancer screening National Health Interview Survey. *Prev Med*. 2017; **100**: 243- 247.
164. Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Oct;155 Suppl 1:102-6.

165. Wilding S, Wighton S, Halligan D, West R, Conner M, O'Connor DB. What factors are most influential in increasing cervical cancer screening attendance? An online study of UK-based women. *Health Psychol Behav Med.* 2020 Aug 7;8(1):314-28.
166. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Xi LF, Lee S-K, O'Reilly SF, et al. Prevalence and risk factors for oncogenic human papillomavirus infections in high-risk mid-adult women. *Sex Transm Dis.* 2012;39:848–56
167. World Health Organization. Draft global strategy to accelerate cervical cancer elimination [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019l from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/409225/69id02e_MA_CervicalCancer_190426.pdf.
168. Wright Jr TC, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine.* 2003 Feb 6;348(6):489-90.
169. Yanikkerem E, Selçuk AK, Esmeray N. Women's attitude and beliefs about cervical cancer and Pap smear test by using the health belief model. *Int J Cancer Clin Res.* 2018;5(3):102-11.
170. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research.* 2020 Dec 12;32(6):720.
171. Zhou X, Lian H, Li H, Fan M, Xu W, Jin Y. Nanotechnology in cervical cancer immunotherapy: Therapeutic vaccines and adoptive cell therapy. *Frontiers in Pharmacology.* 2022;13.
172. Zhu FC, Chen W, Hu YM, Hong Y, Li J, Zhang X, Zhang YJ, Pan QJ, Zhao FH, Yu JX, Zhang YS. Efficacy, immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in healthy Chinese women aged 18–25 years: results from a randomized controlled trial. *International journal of cancer.* 2014 Dec 1;135(11):2612-22.
173. Семикоз НГ, Рогалев АВ, Бондарь АВ, Пищулина СВ. Клинико-эпидемиологическая характеристика рака шейки матки. и эпидемиологии. 2017;26(1):32.