

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

გვანცა გულიაშვილი

ქალის განათლების გავლენის შეფასება საშვილოსნოს ყელის კიბოს
სკრინინგის ეფექტურობაზე საქართველოში

მედიცინის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორეფერატი

ხელმძღვანელები: პროფესორი ნატა ყაზახაშვილი
მედიცინის აკადემიური დოქტორი თამარ ალიბეგაშვილი

თბილისი

2023

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 604 000 ქალს განუვითარდა სყკ და 342 000 ქალი გარდაიცვალა (Arbyn M, et. al, 2020 Wilailak S, et. al, 2021). საშვილოსნოს ყელის კიბო მიეკუთვნება საქართველოში ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ხუთ ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაციას და მისი ავადობა საქართველოში 2021 წელს შეადგენდა 281-ს (6% ყველა რეგისტრირებული ახალი შემთხვევების). საქართველოში სყკ-ს 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი არ აღემატება 65%-ს (NCDC 2022).

კიბოს სკრინინგის მიზანია ასიმპტომურ სამიზნე პოპულაციაში ადამიანთა იმ ჯგუფების გამოვლენა, რომელთაც კიბოსწინარე 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 (Mali NR, et. al, 2014; Denny L, et. al, 2012).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი ეტიოლოგიური აგენტია პაპილომავირუსი. მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებულია ორი ტიპი - HPV 16 და 18. მათთან დაკავშირებულია გლობალურად გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70% (Orumaa M, et. al, 2022).

ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ვირუსის ორივე გენოტიპით (16, 18) გამოწვეული ინფიცირების 95%-ის პრევენცია. აღინიშნება HPV16, HPV18 გენოტიპების პრევალენტობის შემცირება ბივალენტური, ხოლო დამატებით HPV6, HPV11 გენოტიპების პრევალენტობის შემცირება ტეტრავალენტური ვაქცინის გამოყენებით პლაცებოსთან შედარებით.

ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით (აპვ(HPV)) ვაქცინაცია შეტანილი 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 პროექტით უნდა მოხდეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს მაჩვენებლის შემცირება ოთხი ან ნაკლები შემთხვევამდე 100000 ქალზე 1 წლის განმავლობაში(WHO, 2019).

181 ქვეყანაში ჩატარებულმა სამოდულო 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 (Simms KT, 2019).

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.

დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში იდენტიფიცირებული იქნა სკვ-ს სკრინინგში მონაწილეობის 22 ძირითადი ბარიერი, მათ შორის წამყვანია „დაბალი ინფორმირებულობა სკვ-ისა 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)[Devarapalli P, et. al, 2018, Lee SY, et. al, 2011; Chidyaonga-Maseko F, et. al, 2012).

2011 წლიდან საქართველოში მოქმედებს სკვ-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 (Cancer in Georgia. 2015-2021. NCDC; 2022).

საქართველოში სყკ-ს სკრინინგი ეფუძნება პაკ 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 წარმოდგენილია 120 გვერდით და შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, საკუთარი კვლევის შედეგები, მიღებული შედეგების ანალიზი, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები. გამოყენებული ლიტერატურის სია, რომელიც მოიცავს 200 წყაროს. შედეგები ასახულია 25 დიაგრამასა და 20 ცხრილში.

II. 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, რომლის ვალიდაცია მოხდა 61 რესპონდენტზე [26].

კითხვარი მოიცავდა საცხოვრებელ ადგილთან, ეროვნებასთან (ეთნიკურ კუთვნილებასთან), რელიგიურ კუთვნილებასთან, ოჯახურ მდგომარეობასთან, განათლებასთან, დასაქმებასთან, სკ-ს 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), სკკ-ს 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 No25/1, 04,2019 წლის თებერვალი) და 1964 წლის ჰელსინკის დეკლარაციის შესაბამისად.

III სტატისტიკური ანალიზი

კვლევაში ჩართვა შევთავაზეთ 627 ქალს. მათგან კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 45 ქალმა. კვლევაში მონაწილე პირთა რაოდენობა განვსაზღვრეთ საპილოტე კვლევის შედეგის გათვალისწინებით, რომელმაც აჩვენა, რომ სკკ-ს შესახებ ინფორმირებულობის მოსალოდნელი სიხშირე შეადგენდა 60%-ს.

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

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

მონაწილეთა მინიმალური N=369

კითხვარის ვალიდურობა დადგინდა კრონბახის ალფას გამოყენებით. კითხვარში მოცემული ფაქტორებს შორის უნდა იყოს საკმარისი თანხმობა, თუმცა ყველა მათგანს უნდა ჰქონდეს საკუთარი წვლილი კვლევაში. კითხვებს შორის თანხმობა სარწმუნოა, როდესაც $\alpha > 0.5$ თუ თანხმობის კოეფიციენტი 1-ის ტოლია, თანხმობა მქსიმალურია, რაც ნიშნავს, რომ ფაქტორების წვლილი კვლევაში იდენტურია და ზოგიერთი მათგანი ზედმეტია.

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.

ვარდობითი 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

საკუთარი მასალის დახასიათება

კვლევაში ჩართვა შევთავაზეთ 627 ქალს, მათგან კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 45-მა ქალმა, საბოლოოდ მონაწილეობა მიიღო 582-მა ქალმა გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის სჭარბობენ ქალაქის მაცხოვრებლები.

გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის სჭარბობენ 40-44 წლის ასაკის დაქორწინებული ქალები.

რესპოდენტთა უმრავლესობა უმაღლესი განათლებითაა და დასაქმებულია საჯარო სამსახურში

საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ კითხვარის ვალიდაცია

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

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

საწყისი მონაცემებით განათლების დონე კავშირშია პასუხების სისწორესთან.

კითხვარის ტესტირებამ თანხმობაზე გვიჩვენა, რომ Cronbach's Alpha=0.845, რაც გვიჩვენებს მაღალ კორელაციას ფაქტორებს შორის. ამავ დროს გამოჩნდა, რომ ყველა ჩვენმა ექიმმა არ იცოდა სკრინინგის შესახებ, ეს ანკეტა შესწორებებით ვალიდურია.

სყვ-სკრინინგში მონაწილეობის მახასიათებლების შეფასება

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

კვლევის პირველ ეტაპზე შევადარეთ მათი დემოგრაფიული მახასიათებლები (ცხრილი N1)

ცხრილი N1. 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
	პარტნიორი ქორწინების გარეშე	9	1.83	2	2.25	0.07	0.7885
განათლება	დაწყებითი	19	3.85	1	1.12	1.69	0.1937
	არასრული საშუალო	67	13.59	1	1.12	11.54	0.0007
	საშუალოგანათლება	234	47.46	33	37.08	3.28	0.0705
	უმაღლესი და უნივერსიტეტი	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.

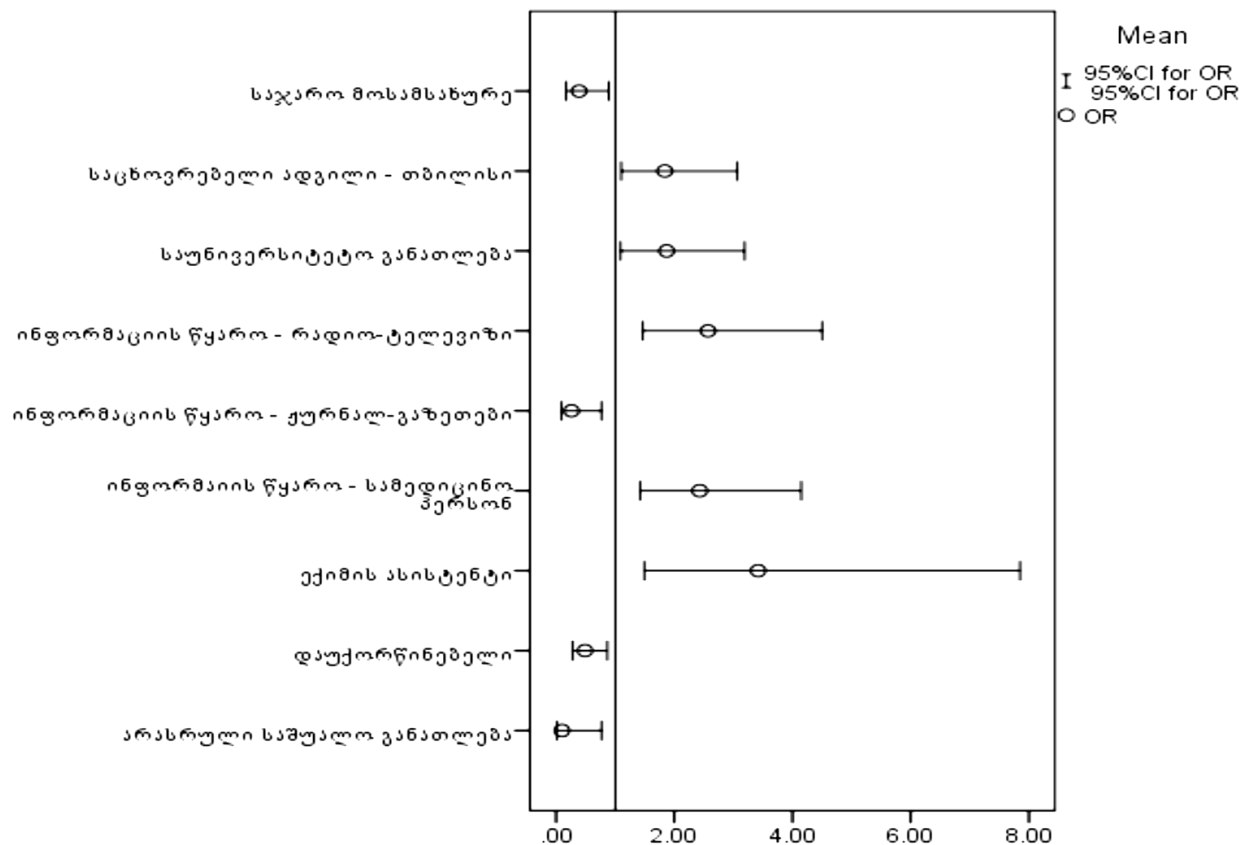
კითხვაზე, საიდან მიიღეს ინფორმაცია სეკ-ს სკრინინგის შესახებ, ყველა რესპოდენტმა დაასახელა ერთზე მეტი წყარო (ცხრილი N2).

ცხრილი N2. 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 გაიგეთ სკრინინგის შესახებ	რადიო-ტელევიზია	75	15.21	31	34.83	24.78	<0.0001
	ინტერნეტი	178	36.11	23	25.84	0.03	0.8608
	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 მე-2 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 N 1).



დიაგრამა N1.

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.

სყკ-ს შესახებ ინფორმირებულების/ცოდნის გავლენა სკრინინგზე

სყკ-ს შესახებ ინფორმირებულების/ცოდნის მიხედვით რესპოდენტთა განაწილება მოცემულია N3 ცხრილში.

ცხრილი N3. სკრინინგის ჩატარების სიხშირის შეფასება საქართველოს პოპულაციაში რესპოდენტთა ინფორმირებულობის მიხედვით

კითხვები		1 ჯგუფი (n=493)		2 ჯგუფი(n= 89)		F	P
		N	%	N	%		
რა იცით საშვილოსნო ს ყელის კიბოს შესახებ	საშვილოსნოს ყელის კიბო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა	134	27.18	47	52.81	23.98	<0.000 1
	.პროფილაქტიკა შესაძლებელია	182	36.92	65	73.03	43.10	<0.000 1
	სყკ-ს თავიდან აცილება შესაძლებელია ახალგაზრდა გოგონების ვაქცინაციით.	98	19.88	47	52.81	47.09	<0.000 1
	სყკ-ს თავიდან აცილება შესაძლებელია სასქესო ორგანოების სამედიცინო გამოკვლევით (პაპ ნაცხი)	155	31.44	51	57.30	22.84	<0.000 1
	სყკ-სგანკურნება შესაძლებელია ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.	219	44.42	69	77.53	34.93	<0.000 1
	სყკ-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, სყკ-ს პროფილაქტიკა შესაძლებელია, სყკ-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 (2 ჯგუფი) იმ რესპოდენტებთან შედარებით, რომელთაც სკრინინგი არ ჩაუტარებიათ (1 ჯგუფი) (ცხრილი N4)

ცხრილი N4. რისკის ცნობადობის განაწილება სკრინინგის ჩატარების მიხედვით

		1 ჯგუფი სკრინინგის გარეშე (n=493)		2 ჯგუფი - სკრინინგით (n= 89)		F	P
		N	%	N	%		
რა არის თქვენი აზრით საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების მიზეზები	ოჯახის დაგეგმვა - აბების და ინექციების გამოყენება ოჯახის დაგეგმვისთვის	101	20.49	18	20.22	0.00	0.9551
	სექსუალური აქტივობის ადრეული დაწყება	105	21.30	33	37.08	10.53	0.0012
	პაპილომავირუსული ინფექცია	93	18.86	47	52.81	51.60	<0.0001
	რამდენიმე სექსუალური პარტნიორი	84	17.04	34	38.20	21.59	<0.0001
	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	141	28.60	45	50.56	17.16	<0.0001

	არასაკმარისი დაბანა, განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირის შემდეგ						
	სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე	114	23.12	11	12.36	5.21	0.0228
	მრავალშვილიანობა (>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	<0.0001
	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 მემკვიდრეობითია; ქალი დაავადდება, თუ იგი ჰქონდა დედას, დეიდას ან ბებიას.	108	21.91	45	50.56	33.69	<0.0001
	საშვილოსნოს ყელის კიბო გადამდებია;	53	10.75	9	10.11	0.03	0.8578
	საშვილოსნოს ყელის კიბო გავლენას ახდენს ღარბ ქალებზე	50	10.14	20	22.47	11.00	0.0010
	ცუდი ეკოლოგია	101	20.49	39	43.82	23.29	<0.0001
	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	<0.0001
	ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება	70	14.20	29	32.58	18.57	<0.0001
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები	ინტერმენტრუალური ვაგინალური სისხლდენა	106	21.50	42	47.19	27.38	<0.0001
	პოსტმენოპაუზური ვაგინალური სისხლდენა	59	11.97	32	35.96	34.74	<0.0001

პოსტკოიტალური ვაგინალური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ.	52	10.55	28	31.46	29.11	<0.0001
ზედმეტი ვაგინალური გამონადენი, ხშირად უსიამოვნო სუნით	102	20.69	46	51.69	40.74	<0.0001
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	100.51	<0.0001

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 (დისპარეზია).

ინფორმირებულება განათლების და დასაქმების მიხედვით

იმ რესპოდენტთა შორის, ვისაც არ გაუვლია სკრინინგი(493 ქალი) შევადარეთ სკრინინგის ბარიერები უმაღლესი განათლების მქონე და არმქონე პოპულაციაში (ცხრილი N 5).

ცხრილი N5. სკრინინგის ბარიერების შეფასება უმაღლესი განათლების მქონე და არმქონე სკრინინგგაუვლელ ქალებში

ფაქტორები	უმაღლესი განათლების გარეშე(n=320)	უმაღლესი განათლებით (n=173)	F	P
-----------	---	-----------------------------------	---	---

		N	%	N	%		
იცი- თუ არა	სეკ-ს სკრინინგის (უფასო) პროგრამისშესახებ	36	11.25	41	23.70	13.51	0.0003
	სკრინინგისპროცედურის შესახებ	31	9.69	43	24.86	21.03	<0.000 1
	სადუნდაგაიაროთსკრინი ნგი	43	13.44	64	36.99	39.46	<0.000 1
	პაპტესტებისშესახებ	39	12.19	39	22.54	9.17	0.0026
	პაპტესტისჩატარებისპრო ცედურისშესახებ	75	23.44	56	32.37	4.62	0.0322
რესურს ები	არმაქვსდრო	45	14.06	58	33.53	27.05	<0.000 1
	ვერმივდივარსაავადმყოფ ოში	14	4.38	21	12.14	10.44	0.0013
	არშემიძლიასაავადმყოფო შიდიდხანსლოდინი	22	6.88	28	16.18	10.87	0.0010
ექიმთა დაკავ- შირე- ბული ბარიე- რები	არარისჩემთვისმისაღებე ქიმი	38	11.88	18	10.40	0.24	0.6242
	უხერხულობასგანვიციდმ ამაკაცექიმებთან	43	13.44	29	16.76	0.99	0.3193
	არვენდობინფორმაციისშ ენახვისთვალსაზრისით	30	9.38	28	16.18	5.05	0.0251
	არვენდობისაზოგადოებრ ივიჯანდაცვისმომსახურე ბისხარისხს	18	5.63	14	8.09	1.12	0.2895
ტესტია რარისმ ნიშვნე ლოვან ი	რადგანვარსაკოვანი	12	3.75	8	4.62	0.22	0.6395
	ვარძალიანახალგაზრდა	40	12.50	21	12.14	0.01	0.9077
	პაპტესტისჩატარებაესაჭი როებათქალებს, ვისაცაქვთსქესობრივიცხო ვრება	32	10.00	5	2.89	8.28	0.0042
	პაპტესტისაჭიროამხოლო დიმქალებისთვის, რომლებსაცყავდათბევრი სექსუალურიპარტნიორი	37	11.56	8	4.62	6.58	0.0106

	პაპტესტისაჭიროამხოლო დიმქალებისთვის, რომლებსაცყავთშვილები	32	10.00	7	4.05	5.50	0.0194
	პაპტესტისგაკეთებასართო ხოვსეკიმი	6	1.88	10	5.78	5.49	0.0195
	სკრინინგარარისსაჭირო, თუ არ მაქვს ჩივილები	80	25.00	27	15.61	5.88	0.0157
ფსიქოლოგიური	არ მაინტერესებს	21	6.56	18	10.40	2.28	0.1320
	მეშინია, რომტესტი 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, 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.

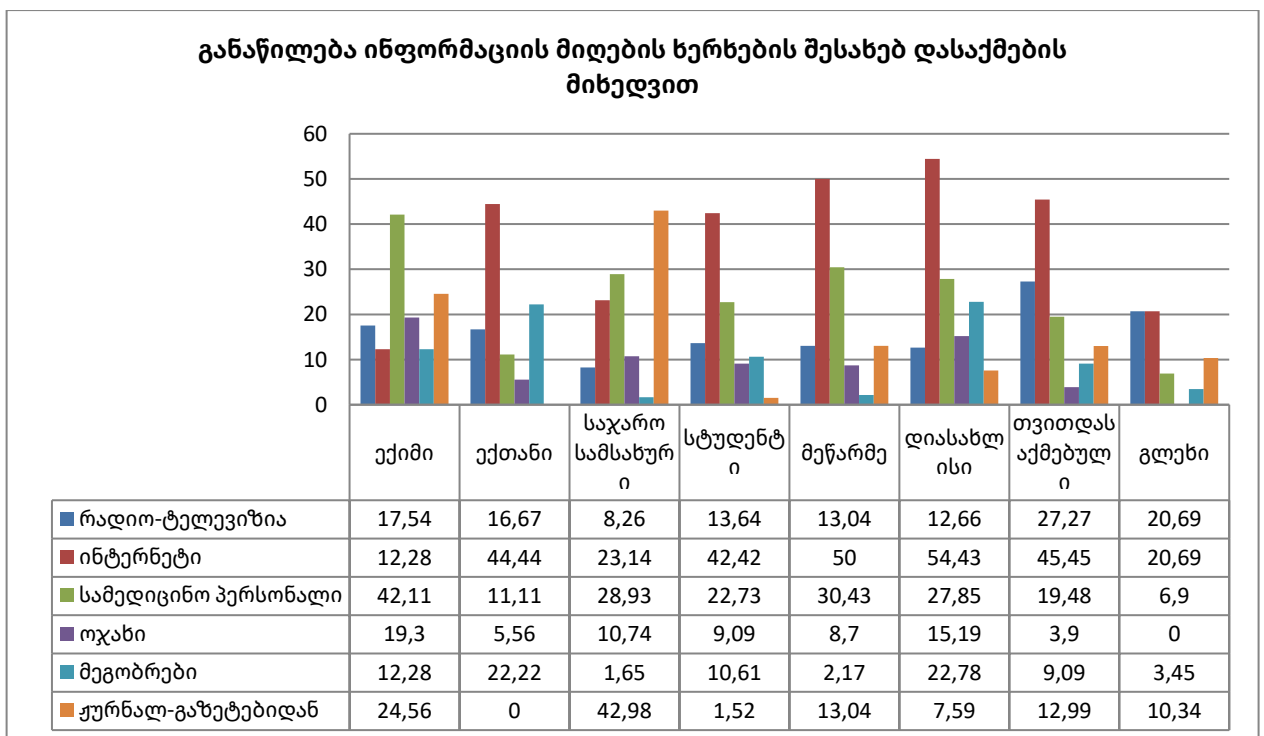
სკრინინგში მონაწილეობის ხშირად აღნიშნულ ბარიერს წარმოადგენს „მანიპულაციასთან დაკავშირებული ტკივილის შიშიც“. მაგრამ, ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა პასუხი - „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს (36.3%)“.

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“.

კავშირი სკვ-ს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციასა და დასაქმების სახეობას შორის

სკვ-ს სკრინინგის თაობაზე ინფორმაციის მიღების ფორმებსა და დასაქმების ფორმებს შორის აღინიშნება გარკვეული კორელაციები იმ ქალებში, რომლებსაც არასოდეს ჩატარებთ სკრინინგი (დიაგრამა N2). ამ კონტინგენტში, ინფორმაციის წყაროდ ინტერნეტს (სოციალურ ქსელს) ყველაზე ხშირად ასახელებენ დიასახლისები, ხოლო ყველაზე იშვიათად - ექიმები.



დიაგრამა N2

ექიმებისათვის ყველაზე ხშირად ინფორმაციის წყაროა სამედიცინო პერსონალი ((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 - ინტერეტი (სოციალური ქსელები), სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულთათვის (გლეხებისათვის) - რადიო-ტელევიზია და სოციალური ქსელები.

ანკეტის კითხვებზე პასუხების კორელაცია რესპოდენტთა დასაქმებასთან იმ ჯგუფში, რომლის წევრებსაც არასოდეს ჩაუტარებიათ სკრინინგი, გვიჩვენებს, რომ 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 ცენტში მისასვლელად“, „ტესტი არ არის მნიშვნელოვანი, რადგან ვარ ასაკოვანი“, „მეშინია, რომ ტესტი გამოავლენს კიბოს“, „თუ კიბო გამოვლინდება, ქმარს (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 ავლენენ 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“.

სკრინინგის ბარიერების პროგნოზული მოდელი დასაქმების მიხედვით

ცხრილი N6 წარმოადგენს შედეგებს ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელიდან, რომელიც პროგნოზირებს რესპონდენტთა ბარიერებს სკრინინგისთვის. ცხრილში ჩამოთვლილია ცვლადები, რომლებიც საიმედოდ ზრდის ან ამცირებს სკრინინგის ბარიერებს იმ ქალების დასაქმების მიხედვით, რომლებიც არასოდეს ყოფილან სკრინინგი.

ცხრილი N6. ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელი, რომელიც პროგნოზირებს რესპონდენტთა ბარიერებს სკრინინგისთვის.

დასაქმება	ფაქტორები	p	OR	95% C.I.for OR	
ექიმი	დრო არ მაქვს	<0.0001	5.50	2.84	10.67
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩვილები არ მაქვს	0.0026	0.27	0.12	0.63
	მეშინია, რომ ტესტი კიბოს გამოავლენს	0.0380	0.51	0.27	0.96
	მუდმივა	<0.0001	0.13		
სტუდენტი	დრო არ მაქვს	0.0087	2.07	1.20	3.57
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი	0.0401	0.12	0.02	0.91

	თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	0.0418	2.03	1.03	4.01
	თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოთ	0.0114	0.29	0.11	0.76
სახელმწიფო სამსახური	ძალიან ახალგაზრდა ვარ	<0.0001	5.49	2.46	12.248
	პაპ ტესტი აუცილებელია სექსუალური ცხოვრების მქონე ქალებისთვის	0.0442	0.26	0.07	0.966
	ექიმი არ მოითხოვს პაპ ტესტის ჩატარებას	0.0066	4.79	1.55	14.817
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩივილები არ მაქვს	0.0130	2.17	1.18	4.007
	არ მაინტერესებს	0.0160	0.25	0.08	0.772
	თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	0.0425	0.36	0.13	0.966
	თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოს პარტნიორმა	0.0001	4.09	2.05	8.174
	ვაგინალური გამოკვლევების შიში	0.0020	0.28	0.12	.625
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი	0.0043	3.39	1.47	7.84
მცირე მეწარმე	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	<0.0001	6.64	2.79	15.81
	ძალიან ახალგაზრდა ვარ	0.0307	0.10	0.01	0.81
	სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ ჩივილები არ მაქვს	0.0096	3.31	1.34	8.20
	მეშინია, რომ ტესტი კიბოს გამოავლენს	<0.0001	4.48	2.20	9.13
	თუ კიბო გამოვლინდა, მე და ჩემი ოჯახის წევრებს შეიძლება პრობლემები შეგვექმნას	0.0001	5.42	2.31	12.73
დიასახლისი	დრო არ მაქვს	0.0146	0.36	0.16	0.82
	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	0.0453	0.29	0.08	0.97
	უხერხულად ვგრძნობ თავს ექიმთან	0.0005	0.08	0.02	0.33
	მე არ ვუნდობი ინფორმაციის შენახვის მხრივ	0.0106	2.56	1.24	5.25

	პაპ ტესტი აუცილებელია სექსუალური ცხოვრების მქონე ქალებისთვის	0.0001	5.23	2.33	11.72
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ შვილი	0.0067	3.15	1.37	7.22
	არ მაინტერესებს	0.0189	0.15	0.03	0.73
	ვაგინალური გამოკვლევების შიში	0.0014	3.26	1.58	6.72
თვითდასაქმებული	ექიმი ჩემთვის მიუღებელია	0.0434	1.96	1.02	3.76
	არ მაინტერესებს	0.0241	2.36	1.12	4.98
	სოციალური იმიჯის შემცირების შიში	0.0239	0.19	0.04	0.80
	თუ კიბო გამოვლინდა, შესაძლოა უნდობლობა იგრძნოს პარტნიორმა	0.0179	0.35	0.14	0.83
გლეხი	დრო არ მაქვს	0.0352	0.19	0.04	0.89
	პაპ ტესტი აუცილებელია მხოლოდ იმ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი	0.0030	4.50	1.67	12.14
	სოციალური იმიჯის შემცირების შიში	<0.0001	15.06	6.41	35.36

ექიმების შემთხვევაში, სკრინინგზე უარის თქმის ალბათობა დაკავშირებულია დროის ნაკლებობასთან. ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვნად ზრდის სკრინინგზე უარის თქმის სტუდენტების შედარებით ალბათობას, 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 საჭიროებს პაპ-ტესტს“; „სკრინინგი არ არის საჭირო, თუ პრეტენზია არ მაქვს“; „თუ კიბო აღმოაჩინა, შეიძლება უნდობლობა გამოვიჩინო“; „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“. „პაკ-ტესტი აუცილებელია ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ სექსუალური ცხოვრება“, ან „პაკ-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 „პაკ-ტესტი აუცილებელია მხოლოდ ქალებისთვის, რომლებსაც ჰყავთ მრავალი სექსუალური პარტნიორი“. არსებობს სოციალური იმიჯის შემცირების შიში.

V 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 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 განსზღვრა შესაძლებელია დასაქმების სახეობის მიხედვით.

VI 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.