



მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე

Awareness of the population regarding early detection of oncological diseases

მიხეილ ოსიშვილი^{1a}

Mikheil Osishvili^{1a}

¹სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ Social and Political Sciences Faculty, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

დღესდღეობით ავთვისებიანი სიმსიმნე მსოფლიოს მასშტაბით ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც უამრავი ადამიანის სიკვდილის მიზეზი ხდება. ამ მხრივ, გამონაკლისი არც საქართველოა და დაავადება აქაც მზარდი ტენდენციებით გამოირჩევა, რასაც თან სდევს დაავადების გაახალგაზრდავება. აღსანიშნავია, რომ დაავადებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი არის გვიანი დიაგნოსტიკა, რაც მიუთითებს საზოგადოების დაბალ ცნობიერებაზე და ადრეული სკრინინგის მნიშვნელობაზე. სწორედ ამიტომ, მოცემული ნაშრომის მიზანია ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება. ამ მიზნის მისაღწევად კი შემუშავდა შემდეგი ამოცანები: ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორების დადგენა; მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის კორელაციის დადგენა ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკასთან; სკრინინგის არ ჩატარების ძირითადი ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოვლენა. შესაბამის ამოცანებზე პასუხის გასაცემად და მიზნის მისაღწევად ამოცანების გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა მოსახლეობის ერთმომენტური კვლევა; კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იყო სპეციალურად შედგენილი კითხვარი, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემების, ასევე - ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკის და სკრინინგ ცენტრის შესახებ. კვლევის შედეგად კი დადგინდა, რომ მოსახლეობაში მაღალია სკრინინგ ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილების მაჩვენებელი, თუმცა ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში ჯერ კიდევ არსებული სტერეოტიპული წარმოდგენები ხელს უშლის დაავადების ადრეულ, უსიმპტომო სტადიაზე გამოვლენას და მოსახლეობის სკრინინგ პროგრამაში ჩართვის მაღალ მაჩვენებელს.

საკვანძო სიტყვები: ონკოლოგიური დაავადებები, მკერდის კიბო, კიბოს სკრინინგი

ციტირება: მიხეილ ოსიშვილი. მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^a mishikoosishvili1@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-4935-479X>;

Abstract

Today, malignant cancer is one of the most widespread diseases in the world, which causes the death of many people. In this regard, Georgia is not an exception and the disease is characterized by increasing trends here as well, which is accompanied by the rejuvenation of the disease. It is worth noting that the main reason for the high mortality caused by the disease is late diagnosis, which indicates low public awareness and the importance of early screening. That is why the aim of this work is to assess the level of awareness of the population about the importance of early diagnosis of oncological disease. In order to achieve this goal, the following tasks were developed: determining the main factors affecting the awareness of the population about the early diagnosis of oncological disease; determining the correlation of the awareness level of the population with the early diagnosis of oncological disease; Identifying the main barriers to non-screening. In order to answer the relevant tasks and achieve the goals, the quantitative research method was used, within the framework of which a one-time survey of the population was carried out; A specially prepared questionnaire was used as a research tool, which included information about the demographic data of the respondents, as well as about the early diagnosis and screening center of oncological diseases. As a result of the research, it was determined that the population has a high rate of satisfaction with the services of the screening center, however, the stereotypical ideas about oncological diseases that still exist in the population prevent the detection of the disease at an early, asymptomatic stage and a high rate of inclusion of the population in the screening program.

Keywords: Oncological diseases, breast cancer, cancer screening.

Citation: Mikheil Osishvili. Awareness of the population regarding early detection of oncological diseases. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

დღეისათვის, ავთვისებიანი სიმსივნეები მსოფლიო მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის გამომწვევი ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია (WHO, 2008). ჯანმო-ს მონაცემებით, ყოველწლიურად, ავთვისებიანი სიმსივნეების დაახლოებით 14 მილიონი ახალი შემთხვევა რეგისტრირდება და 7.6 მილიონი ადამიანი იღუპება. ეს რიცხვი უფრო მეტია, ვიდრე შიდსით, მალარიით და ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა რიცხვი ერთად (WHO, 2013). ექსპერტთა შეფასებით მომდევნო ათწლეულის განმავლობაში ონკოლოგიურ პათოლოგიათა რიცხვი კიდევ უფრო მოიმატებს და 2030 წლისთვის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობა დაახლოებით 26 მილიონამდე, ხოლო სიკვდილობა - 17 მილიონამდე გაიზრდება (National Cancer Institute, 2009). ამასთან, ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს დააწვება ტვირთად, რაც ამ ქვეყნების გაზრდილ „ვესტერნიზაციასთან“ ასოცირებული ავთვისებიანი სიმსივნეებისა (ძირითადად, ძუძუს, კოლო-რექტალური და პროსტატის კიბო) და სიღარიბესა, თუ ინფექციურ აგენტებთან დაკავშირებული ონკოლოგიური დაავადებების (ძირითადად, საშვილოსნოს ყელის, ღვიძლისა და კუჭის) რიცხვის ზრდით არის განპირობებული (Bray et al., 2012).

ონკოლოგიურ დაავადებათა გავრცელების ბოლო დროინდელ დინამიკას თუ გადავხედავთ, აშკარად დავინახავთ, რომ განვითარებულ ქვეყნებში პროფილაქტიკის მაღალი დონის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესების ფონზე სიკვდილიანობის შენელების ტენდენცია გამოიხატა. 2012 წელს ახალი შემთხვევების 57%, სიკვდილობის 65% და საერთო პრევალენტობის 48% ეკონომიკურად ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში გამოვლინდა, რაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ წლების მატებასთან ერთად კიდევ უფრო გაიზრდება. სწორედ ამიტომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა საერთაშორისო, თუ ადგილობრივი ორგანიზაციების აქტივობები, გეგმები და

სტრატეგიები ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთის შემცირებისკენ არის მიმართული.

„შეაჩერე კიბო ახლა!“, - ეს გახლდათ 2011 წელს გაეროს სამიტზე განხილული საკითხების ერთ-ერთი მიზანი, რომელიც 2025 წლისათვის არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მართვადი სიკვდილობის 25%-ით შემცირებას გულისხმობდა. ამ მიზნის მისაღწევად საჭიროა მსოფლიოში წელიწადში, სულ მცირე 1.5 მილიონით შემცირდეს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა. სტრატეგია კიბოსთან ბრძოლის რამოდენიმე კომპონენტისაგან შედგება, ესენია: თამბაქოს წინააღმდეგ ბრძოლა; ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, რომელიც აუცილებელია კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობისთვის და ონკოლოგიური პაციენტების მდგომარეობის შესამსუბუქებლად გადაუდებელი მოქმედება ბიუროკრატიული და იდეოლოგიური ბარიერების მოხსნისათვის მორფინის გამოყენების მიზნით.

ავთვისებიანი სიმსივნეების რაოდენობა საქართველოში, ისევე როგორც მთელს მსოფლიოში, მზარდი ტენდენციით გამოირჩევა. ამასთან, წლიდან წლამდე აღინიშნება დაავადების „გაახალგაზრდავების“ ტენდენცია. მართალია, საქართველოს, კიბოთი ავადობის მაჩვენებლების მიხედვით, შუალედური ადგილი უჭირავს მსოფლიოს განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის, მაგრამ ონკოლოგიური ავადობის დინამიკა იგივე კანონზომიერებებს ექვემდებარება, როგორც დანარჩენ მსოფლიოში და აღინიშნება მისი მატების მაღალი ტემპი.

მიუხედავად იმისა, რომ 2009 წლიდან მოქმედებს ეროვნული სკრინინგ პროგრამა, რომელიც რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების უფასო სკრინინგს გულისხმობს, ხოლო 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანრმთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ნებისმიერი და მათ შორის ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების უდიდეს ნაწილს საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს სახელმწიფო უნაზღაურებს, ქვეყანაში ჯერ კიდევ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ონკოლოგიურ პათოლოგიათა გვიანი დიაგნოსტიკა. ცნობილია, რომ პაციენტთა 70-75% ექიმს დაავადების იმ სტადიაში მიმართავს, როდესაც რადიკალური მკურნალობის მეთოდი უკვე აღარ გამოიყენება, ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას, ხოლო პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა; ამასთან, დანახარჯები სახელმწიფოს მხრიდან საკმაოდ მაღალი და უშედეგოა. როგორც ცნობილია, ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობის ეფექტურობა პირდაპირ დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოსტიკაზე: I-II სტადიაში დადგენილი სიმსივნის მკურნალობის ეფექტურობა საკმაოდ მაღალია და ხშირად, სრული გამოჯანმრთელებით სრულდება.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითად მიზეზად მოსახლეობის მიერ პროფილაქტიკური გასინჯვების უგულებელყოფა, ქრონიკული და კიბოსწინარე მდგომარეობების მქონე პაციენტთა მეთვალყურეობის პროგრამების სისუსტე და ძირითადი კლინიკური სპეციალობის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლეა მიჩნეული. ამის მიზეზი, შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის დონე იყოს. ხშირად, მოსახლეობა კარგად ვერ აცნობიერებს, რომ კიბო არ არის სასიკვდილო განაჩენი და ბევრი სხვა პათოლოგიის მსგავსად ესეც ექვემდებარება მკურნალობას. ამიტომ, პრობლემის აღმოსაფხვრელად ეფექტური აქტივობების დაგეგმვის მიზნით, მნიშვნელოვანია ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება.

კვლევის მიზანია ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება.

კვლევის ამოცანებია:

- ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორების დადგენა;

- მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის კორელაციის დადგენა ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკასთან;

- სკრინინგის არ ჩატარების ძირითადი ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოვლენა.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად, ავთვისებიან სიმსივნეთა კეთილსაიმედო პროგნოზისათვის მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა. პათოლოგიის ადრეული გამოვლენისათვის კი აუცილებელია ორი ძირითადი კომპონენტის გათვალისწინება: მოსახლეობის ინფორმირება ონკოლოგიურ პათოლოგიათა საწყისი სიმპტომების თაობაზე და რეგულარული სკრინინგი.

დაავადების ადრეულ გამოვლენას ემსახურება ასიმპტომური და ჯანმრთელი მოსახლეობის მასობრივი სკრინინგი. სკრინინგი ეს არის მარტივი, იაფი ტესტების გამოყენებით ჯანმრთელი პოპულაციის კვლევა, რათა დროულად მოხდეს იმ პირთა იდენტიფიცირება, რომელთაც დაავადების განვითარება უკვე დაწყებული აქვთ. სკრინინგული პროგრამებით კიბოთი ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც, ერთი მხრივ, დადასტურებულია მათი ეფექტურობა და რესურსები საკმარისია მიზნობრივი პოპულაციის არანაკლებ 70%-იანი მოცვისათვის, ხოლო მეორე მხრივ, დაავადების გავრცელება იმდენად მაღალია, რომ ამართლებს სკრინინგის ხარჯთეფექტურობას (WHO, 2010).

მოსახლეობის ჯანმრთელობითი განათლება, როგორც დაავადებათა პრევენციის ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალება ჯერ კიდევ საუკუნეების წინ იღებს სათავეს, ხოლო მისი აქტიური გამოყენება, როგორც გადამდებ, ისე არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისათვის მეოცე საუკუნიდან იწყება. მართალია, მოსახლეობის ჯანმრთელობითი განათლების მიდგომები და პრინციპები სწორედ გასული ათასწლეულის 60-იანი წლებიდან მოყოლებული რადიკალურად შეიცვალა, ძირითადი იდეა - ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება - მაინც უცვლელი დარჩა (Nutbeam, 2006).

ალსანიშნავია, რომ ტორონტოს უნივერსიტეტის მკვლევარების მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები ზუსტად იმეორებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ მოწოდებულ რეკომენდაციებს. კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ონკოლოგიური პათოლოგიების გამოსავლებისათვის მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებასთან ერთად მნიშვნელოვანია სკრინინგის პროგრამების დანერგვა და განხორციელება ქვეყნებში. ამასთან, მოსახლეობის ინფორმირებულობის საკითხში უდიდესი როლი სამედიცინო პერსონალს, განსაკუთრებით კი ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმებს უკავიათ (Ott et al., 2009).

მსგავსი შედეგები აჩვენა გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებულმა ევროპისა და ამერიკის კონტინენტის ქვეყნების კვლევების სისტემურ მიმოხილვამ, რომლის მიზანი კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისათვის მოსახლეობის ინფორმირებულობის შეფასება წარმოადგენდა. სისტემური მიმოხილვის შედეგად გაირკვა, რომ კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენისათვის მნიშვნელოვან როლს მოსახლეობის განათლება თამაშობდა. ამასთან, ინფორმაციის მიწოდების თვალსაზრისით ყველაზე ეფექტური მეთოდი ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია გახლდათ (Austoker et al., 2009).

კიბოს ადრეული სიმპტომების დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობაზე საუბრობენ მეცნიერები განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც თანამედროვე ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური მეთოდები ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. ამ დროს სამედიცინო დანახარჯების დაზოგვის მიზნით, მნიშვნელოვანია მხოლოდ განსაკუთრებული რისკის მქონე ჯგუფების (დაავადების ადრეული სიმპტომების, გენეტიკური წინასწარგანწყობის და სხვა ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პირები) გამოკვლევა მოხდეს (Benjamin et al., 2003).

ზოგადი მიმოხილვა - ონკოლოგიურ დაავადებათა ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები

მთელს მსოფლიოში, ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ფილტვის კიბო (12.7%), შემდეგ - ძუძუს კიბო (10.9%), ხოლო სიხშირით მესამე ადგილზეა კოლორექტალური კიბო (9.5%). ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილობის მიზეზთაგან ყველაზე ხშირია ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა

(18.2%), მეორე ადგილზე კუჭის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა (9.7%), მესამეზე კი - ღვიძლის კიბოთი გამოწვეული (9.2%) (Elmore et al., 2005). დაავადებათა გავრცელების ასეთი ტენდენცია სიმსივნეების გამოწვევი რისკ-ფაქტორების (გენეტიკური, ეთნიკური, კულტურული და სოციალურ-ეკონომიკური) სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული გავრცელებით არის განპირობებული (Jemal et al., 2010)

კიბოს გამოწვევი ფაქტორები მრავალფეროვანია. მის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ენდო და ეგზოგენური ფაქტორების ურთიერთქმედება. ეგზოგენურ კარცეროგენულ ფაქტორებს მიეკუთვნება ფიზიკური (ულტრაიისფერი, მაიონებელი გამოსხივება), ქიმიური (აზბესტოზი, თამბაქოს გამონაბოლქვში შემავალი ნივთიერებები, აფლატოქსინი, არსენიკი) და ბიოლოგიური (ვირუსები, ბაქტერიები, პარაზიტები) კარცეროგენული ფაქტორები. აღსანიშნავია, რომ კიბოს განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია ასაკი; მისი განვითარების რისკი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში გარკვეულ წვლილს გენეტიკური ფაქტორებიც თამაშობს, მაგრამ კვლევებმა აჩვენა, რომ განსაკუთრებული როლი ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეულ ავადობასა და სიკვდილობაში, მაინც გარემო პირობებსა და ცხოვრების სტილს აკისრია. ჯანსაღი ცხოვრების წესი, რომელიც ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკს ამცირებს არის ჯანსაღი კვება, წონის კონტროლი, რეგულარული ვარჯიში, ალკოჰოლის მიღების შემცირება და თამბაქოს მოხმარებაზე უარის თქმა (Khan et al., 2010). ცნობილია, რომ უარყოფითი კვების ფაქტორი და დაბალი ფიზიკური აქტივობა ძუძუს, ნაწლავისა და პროსტატის კიბოს შემთხვევების 35%-ს განაპირობებს. კვებასთან ასოცირებული დაავადების გამოწვევს ძირითად რისკ-ფაქტორებად მაინც რჩება პროდუქტები ცხიმის მაღალი შემცველობით, ცხიმოვანი მჟავების ტრანს-იზომერები, შაქარი და მარილი. ამჟამად სწრაფი კვებისა და ნახევარფაბრიკატების როლი სიმსუქნისა და სიმსუქნით გამოწვეული დაავადებების ჩამოყალიბების პროცესში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ევროპის რეგიონში სიკვდილობის 20% კიბოს შემთხვევებით არის გამოწვეული. კვლევებზე არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით კიბოთი დაავადების 30% დაკავშირებულია არაჯანსაღ კვებით ჩვევებთან და თავისთავად ცხადია, რომ შესაძლებელია მისი შეჩერება. ზედმეტი წონა და სიმსუქნე ზრდის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს განვითარების რისკს 70%-ით (Vainio & Bianchini, 2002).

ზედმეტი წონა და სიმსუქნე კიბოს განვითარების რისკზე განსხვავებული მექანიზმით მოქმედებს. ეს შეიძლება დამოკიდებული იყოს ცხიმებისა და ნახშირწყლების მეტაბოლიზმზე; იმუნური სისტემის ფუნქციონირებაზე; ორგანიზმში გარკვეული სახეობის ჰორმონების დონეზე, მაგალითად, ინსულინისა და ესტრადიოლის კონცენტრაციაზე; ასევე - უჯრედის პროლიფერაციის და ზრდის მარეგულირებელ ფაქტორებზე. უახლესი კვლევებით დადასტურებულია წონის კლების დადებითი გავლენა ძუძუს კიბოს განვითარების რისკის შემცირებაზე (Radimer et al., 2004).

მეცნიერული კვლევების საფუძველზე ასევე დადასტურდა ფიზიკური აქტივობის როლი ძუძუს, კოლო-რექტული, პროსტატის და ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარებაში. ფიზიკური აქტივობის დადებითი გავლენა კიბოს განვითარების რისკზე სხვადასხვა მექანიზმით აიხსნება: ერთ შემთხვევაში რეგულარული და ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა ამცირებს სხეულის წონას და ჯანსაღი წონის შენარჩუნებაში ეხმარება ადამიანებს; ხოლო, მეორეს მხრივ, ფიზიკური ვარჯიში ააქტიურებს სხვადასხვა მარეგულირებელი ჰორმონების ეფექტს, ისეთების როგორცაა სასქესო ჰორმონები, ინსულინი, პროსტაგლანდინები და სხვა. ყველაფერი ეს დადებითად აისახება არა მხოლოდ კიბოს, არამედ სხვა უამრავი დაავადების განვითარების რისკზეც (McTiernan et al., 1998).

მართალია, კიბოს განვითარებაზე ზემოაღნიშნული ფაქტორების როლი მეცნიერულად არის დასაბუთებული, მაგრამ მათი წილი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. ჩვეულებრივ, მიჩნეულია, რომ დასავლურ ქვეყნებში კიბოს განვითარების უმთავრესი რისკ-ფაქტორი არის თამბაქოს მოხმარება, არაჯანსაღი კვება და რეპროდუქციული ქცევა, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში - ინფექციური

აგენტები, თუმცა ეს შეხედულება იცვლება, რადგან იცვლება აღნიშნული რისკ-ფაქტორების გადანაწილება ქვეყნების მიხედვით (Jemal et al., 2010).

როგორც ზემოთ აღინიშნა, არსებობს მრავალი მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ ცხოვრების სტილი გავლენას ახდენს კიბოს განვითარების რისკზე და, რომ პოზიტიურ, ფართო-პოპულაციურ ცვლილებებს შეუძლია მნიშვნელოვნად შემციროს ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი. ექსპერტები ამბობენ, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის 40%-ის თავიდან აცილება შესაძლებელია პრობლემისადმი სწორი მიდგომით და პრევენციული ღონისძიებების აქტიური დანერგვით (Villa et al., 2005). ამიტომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უმთავრესი ამოცანა ავთვისებიანი დაავადების პირველადი პრევენცია, მათი ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული გამოვლენაა (WHO, 2013).

მკერდის კიბო

ძუძუს კიბო, ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ქალთა პოპულაციაში და ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილობას შორის წამყვანი ადგილი უჭირავს. ძუძუს კიბო ქალებში კიბოთი საერთო ავადობის 23%-ს, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის მიზეზის 14%-ს შეადგენს (Jemal et al., 2011). ცნობილია, რომ წელიწადში მილიონზე მეტ ქალს უსვამენ ძუძუს კიბოს დიაგნოზს და 410 000-ზე მეტი ქალი იღუპება ამ დაავადებით. როგორც წესი, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში რუტინული სკრინინგული მამოგრაფიისათვის საჭირო ინფრასტრუქტურა და რესურსი ხელმისაწვდომი არ არის; დაბალი რესურსის პირობებში კი, ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკა, ხშირად მოგვიანებით სტადიებზე ხდება, ხოლო დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ადექვატური მკურნალობის ჩატარება ვერ ხერხდება. ეს ყველაფერი, ამ ტიპის ქვეყნებში კიდევ უფრო ამძიმებს ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ ტვირთს.

ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. არ არსებობს ძუძუს კიბოს განვითარების იმაზე უფრო დიდი რისკ-ფაქტორი, ვიდრე ქალთა სქესი და ასაკია. ამერიკის კიბოს ეროვნული ინსტიტუტის მონაცემებით, ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი ქალებში დაახლოებით 12%-ია (Parkin et al., 2008), რომელიც განსხვავდება ასაკის მიხედვით: 40 წლის ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოს 10 წლიანი განვითარების რისკი არის 69-დან 1, 50 წლის ასაკში - 42-დან 1, ხოლო 60 წლის ასაკში - 29-დან 1 (Horner, 2009).

მიუხედავად იმისა, რომ გამოვლენილია ძუძუს კიბოს განვითარების მრავალი მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორი, მათი სრული ელიმინაცია თითქმის შეუძლებელია იმიტომ, რომ უმეტესობა სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებთან არის დაკავშირებული. ამასთან, როგორც ზემოთ აღინიშნა, არ არსებობს იმაზე უფრო დიდ რისკ-ფაქტორი, როგორც ქალთა სქესი და ასაკია (არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორი). ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დაავადების პრევენციაში განსაკუთრებული როლი დაავადების ადრეულ გამოვლენას უჭირავს (მეორადი პრევენცია), რასაც შეუძლია მნიშვნელოვნად შეამციროს დაავადებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი.

მამოგრაფიული სკრინინგი, ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა და ძუძუს თვითგასინჯვა ძუძუს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის აღიარებული მიდგომაა. მამოგრაფია ერთადერთი სკრინინგული მეთოდია, რომლის ეფექტურობაც დამტკიცებულია. მისი გამოყენება 50-დან 69 წლამდე ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას დაახლოებით 20-35%-ით ამცირებს (Elmore et al., 2005). მისი საშუალებით, მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც სკრინინგი მოსახლეობის 70%-ზე მეტს ფარავს, შესაძლებელია 50 წელს გადაცილებულ ქალებში ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება 20-30%-ით (IARC, 2008).

მამოგრაფიული სკრინინგის მგრძნობელობა 77%-დან 95%-მდე მერყეობს, ხოლო სპეციფიურობა - 94-97%-ია (Humphrey et al., 2002). მრავლობით ფაქტორს, ისეთებს, როგორებიცაა პაციენტის ასაკი, უკანასკნელი გამოკვლევიდან გასული დრო, ძუძუს ქსოვილის სიმკვრივე, ტექნიკური აღჭურვილობა და რადიოლოგიის ინტერპრეტაციის უნარი - გავლენას ახდენს მამოგრაფიული სკრინინგის მგრძნობელობასა და სპეციფიკურობაზე.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა და ევროპული გაიდლაინების მიხედვით მამოგრაფიული კვლევისთვის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი ყველაზე ნათლად 50-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში დემონსტრირდება (IARC, (2002). აღნიშნული სახელმძღვანელოები მიუთითებენ, რომ 50-69 წლის ასაკის ქალებს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ მამოგრაფიული სკრინინგი, რაც შეეხება, სკრინინგის პროგრამებში უფრო ახალგაზრდა ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვის პასუხისმგებლობას, საერთაშორისო ორგანიზაციები ქვეყნის ექსპერტებს უტოვებენ.

ბოლო დროს აშშ-ს პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი (*United States Preventive Services Task Force – USPSTF*) ატარებს ლიტერატურის სისტემატურ მიმოხილვას, რომლის საფუძველზეც ის ასკვნის, რომ მამოგრაფიული სკრინინგი არ უნდა იყოს შეთავაზებული 40-49 წლის ასაკის ქალებისთვის, რადგანაც აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში ის (მამოგრაფიული სკრინინგი) ნაკლებად მგრძობიარეა, რის გამოც სკრინინგის სარგებელი ბევრად არ აღმატება მის მიერ მიყენებულ ზიანს. USPSTF აგრეთვე მიუთითებს, რომ არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომლებიც დაადასტურებენ, ან უარყოფენ მამოგრაფიული სკრინინგის საჭიროებას 75 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში. ევროპული ქვეყნების უმეტესობა იზიარებს ევროპულ გაიდლაინს სკრინინგულ პროგრამებში უპირატესად 50-69 წლის ასაკის ქალების ჩართვის თაობაზე, თუმცა აქაც არსებობს გარკვეული განსხვავებები, როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე ქვეყნებს შორის უფრო ახალგაზრდა და/ან უფროსი ასაკის ქალების სკრინინგულ პროგრამებში ჩართვის თვალსაზრისით (Buist et al., 2004).

ძუძუს კიბოს სკრინინგის პერიოდულობასთან დაკავშირებით ევროპაში შედარებით ერთიანი მიდგომა არსებობს, განსხვავებით სკრინინგის ასაკობრივი დიაპაზონისგან. 2002 წელს IARC-მა რეკომენდაცია გაუწია მამოგრაფიის სკრინინგულ ჩატარებას ორწლიანი ინტერვალით და ევროგაერთიანების 27 ქვეყნიდან 24-მა მიიღო აღნიშნული რეკომენდაცია, თუმცა ავსტრიაში სკრინინგი ტარდება ყოველწლიურად, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოსა და მალტაში - ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ. ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული მამოგრაფიული სკრინინგის საკმარისი ეფექტურობა დასტურდება დიდი ობსერვაციული კვლევის შედეგებით, რომლის მიხედვითაც 50-69 წლის ასაკის ქალებში დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის თვალსაზრისით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ სკრინინგულ პროგრამებს შორის (Roa et al., 1996); ასევე USPSTF ადასტურებს, რომ ორწლიანი პერიოდულობით ჩატარებულ სკრინინგს თითქმის ისეთივე სარგებელი მოაქვს, როგორც ყოველწლიურს, ამასთან, განახევრებული ზიანით.

ძუძუს თვით-გასინჯვას გააჩნია 40-69% სენსიტიურობა და 88-99% სპეციფიურობა; ხოლო ძუძუს კლინიკური გამოკვლევის მგრძობიარეობა 12%-41% ფარგლებში მერყეობს, უფრო დაბალია ვიდრე ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა და მამოგრაფია და დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე (Humphrey et al., 2002).

არ არსებობს ძუძუს თვითგასინჯვის ეფექტურობის შემაფასებელი მტკიცებულებები. თუმცა, ძუძუს თვითგასინჯვის პრაქტიკამ აჩვენა, რომ ქალებს საშუალება მიეცათ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა აეღოთ. ასე რომ, ძუძუს თვითგასინჯვა რეკომენდებულია რისკის მქონე ქალებში უფრო, როგორც ცნობიერების ასამაღლებლად, ვიდრე სკრინინგ-მეთოდში.

მდგომარეობა საქართველოში

2000 წელს საქართველოს ყველა რეგიონსა და რაიონში უზნობრივი პრინციპით მოქმედებდა ონკოლოგიური დისპანსერი ან კაბინეტი, სადაც გროვდებოდა ინფორმაცია მათ არეალში მყოფი კონტინენტის შესახებ, მიუხედავად იმისა, თუ სად იღებდა პაციენტი სამედიცინო მომსახურებას. შესაბამისად, აღრიცხვიანობა ხორციელდებოდა ონკო-პაციენტების ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით. დისპანსერული აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლის შემდეგ, ინფორმაცია პაციენტების შესახებ გროვდებოდა მხოლოდ ონკოსერვისების განმახორციელებელი დაწესებულებების მიერ, რაც შეუძლებელს ხდიდა ონკოლოგიური

დაავადებების რეგიონული გავრცელების შესახებ ანალიზს. ეს შესაძლებელი გახდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მეშვეობით, ვინაიდან რეგისტრი მოიცავს მონაცემებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის შესახებ.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრი წარმოადგენს ონკოლოგიური მონაცემების სისტემური შეგროვების, შენახვის, ანალიზის, ინტერპრეტაციის და წარდგენის ორგანიზებულ სისტემას. ის უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს კიბოს ინციდენტობის და პრევალენტობის ხარისხიანი მონაცემების შეკრების თვალსაზრისით. ასეთი ტიპის რეგისტრის გამოყენება ასევე მნიშვნელოვანია კიბოს კონტროლის პროგრამების შეფასებისა და, შესაბამისად, პრიორიტეტების განსაზღვრის და პროგრამების დაგეგმარებისათვის, გაწეული სერვისების ეფექტურობის განსასაზღვრად, ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო მომსახურების გაწევის დინამიური დაკვირვებისთვის, კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული ღონისძიებების მართებულად დაწერვისთვის.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ქვეყანაში ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების შესახებ ზუსტი და ხარისხიანი მონაცემების შეგროვების მიზნით, 2015 წლის 1 იანვრიდან ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. რეგისტრის 2015 წლის მონაცემთა წინასწარი ანალიზის საფუძველზე გამოიკვეთა მკვეთრი სხვაობა წინა წლების მონაცემებთან შედარებით.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით, 2015 წელს საქართველოში რეგისტრირდა ყველა ლოკალიზაციის კიბოს 9 598 ახალი შემთხვევა. ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე შეადგენდა 258.2.

კიბოს რეგისტრის მონაცემებით, სარძევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის კიბოა ქალებში. ძუძუს კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები 100 000 ქალზე 97.5-ს შეადგენდა 2015 წელს, 2016 წელს - 91.9-ს და 2017 წელს - 79.6.

როგორც ვნახეთ, სარძევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის კიბოა ქალებში, ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 ქალზე - 94.7. ახალი შემთხვევების რაოდენობა პრევალირებს 50-70 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში. რეგისტრის მონაცემებით სარძევე ჯირკვლის კიბოს ახალი შემთხვევების მხოლოდ 52% გამოვლინდა დაავადების I და II სტადიაზე.

აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის პირველი მაისიდან ქვეყანაში ფუნქციონირებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს 40-70 წლის ქალების გამოკვლევას.

ეროვნული სკრინინგ პროგრამა

2008 წელს ქ. თბილისში საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბჭოს ინიციატივით და თბილისის მუნიციპალიტეტისა და საქართველოს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) თანადგომით და თანადაფინანსებით ამუშავდა ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამა. შესაბამისად შეიქმნა ეროვნული სკრინინგ ცენტრი, სადაც შესაძლებელი იყო განხორციელებულიყო ოთხი ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგის პილოტური პროგრამა: ქ. თბილისის მიზნობრივ პოპულაციაში 2008 წელს დაიწყო ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგული კვლევები, რომელსაც 2010 წელს კოლორექტალური და პროსტატის კიბოს სკრინინგი დაემატა.

აღნიშნული პილოტური პროგრამის გაფართოების გზით 2011 წლიდან საქართველოს მთავრობამ მიიღო გადაწყვეტილება ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედებულიყო კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამას ახორციელებს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, მომწოდებელი გახლავთ „აიპ ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“.

ქვეყნის მასშტაბით ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით „ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“ თანამშრომლობს (კონტრაქტი გაფორმებული აქვს) 31 სამედიცინო დაწესებულებასთან; პროგრამას ემსახურება 14 მამოგრაფი და ორი მამომობილი. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით, ქვეყნის მოსახლეობაში (გარდა

თბილისელებისა, რადგან თბილისელებისთვის მსგავს პროექტს დედაქალაქის მუნიციპალიტეტი ახორციელებს) ტარდება შემდეგი სახის სკრინინგული გამოკვლევები:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ასაკის ქალებში;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ასაკის ქალებში;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის ასაკის მამაკაცებში;
- კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის ორივე სქესისათვის.

მეთოდოლოგია

ნაშრომის ამოცანების განსახორციელებლად გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი. მოხდა მოსახლეობის ერთმომენტიანი კვლევა; კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იყო სპეციალურად შედგენილი კითხვარი, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემების, ასევე - ონკოლოგიური დაავადებების (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის, კოლო-რექტალური კიბოს) ადრეული დიაგნოსტიკის და სკრინინგ ცენტრის შესახებ. მოცემული კვლევის ჩასატარებლად რაოდენობრივი მეთოდის არჩევა შემდეგმა ფაქტორმა განაპირობა: რაოდენობრივი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს საკვლევი პოპულაციისთვის დამახასიათებელ ძირითად ასპექტებს და კვლევის სწორად ორგანიზების შემთხვევაში, შესაძლებელია მისი შედეგების განვრცობა ზოგად პოპულაციაზე და შესაბამისი დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევაში მონაწილეები კითხვარს ავსებდნენ ონლაინ, Google Form-ის მეშვეობით. ეს საშუალებას იძლეოდა მარტივად, დროის დიდი დანაკარგის გარეშე (როგორც მკვლევარის, ასევე კვლევაში მონაწილეთათვის) და რაც მთავარია, ანონიმურობის გარანტიით შეეცნოთ კითხვარი. ამავდროულად, ამ გზით უზრუნველყოფილი იყო რესპოდენტთა ჩართვა, როგორც თბილისიდან, ასევე რეგიონებიდან.

მოსახლეობის იმ ნაწილის მეტი რეპრეზენტატულობისთვის, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ონკოლოგიური დაავადებების სკრინინგი, კითხვარის ნაწილის შევსება მოხდა ქ. თბილისში, წერეთლის გამზირზე მდებარე ეროვნულ სკრინინგ ცენტრში მისული პაციენტების მიერ მათი პირად ელექტრონულ ფოსტაზე კითხვარის გაგზავნის მეშვეობით. სულ, გამოკითხვაში 235 რესპოდენტმა მიიღო მონაწილეობა.

კვლევის შედეგები

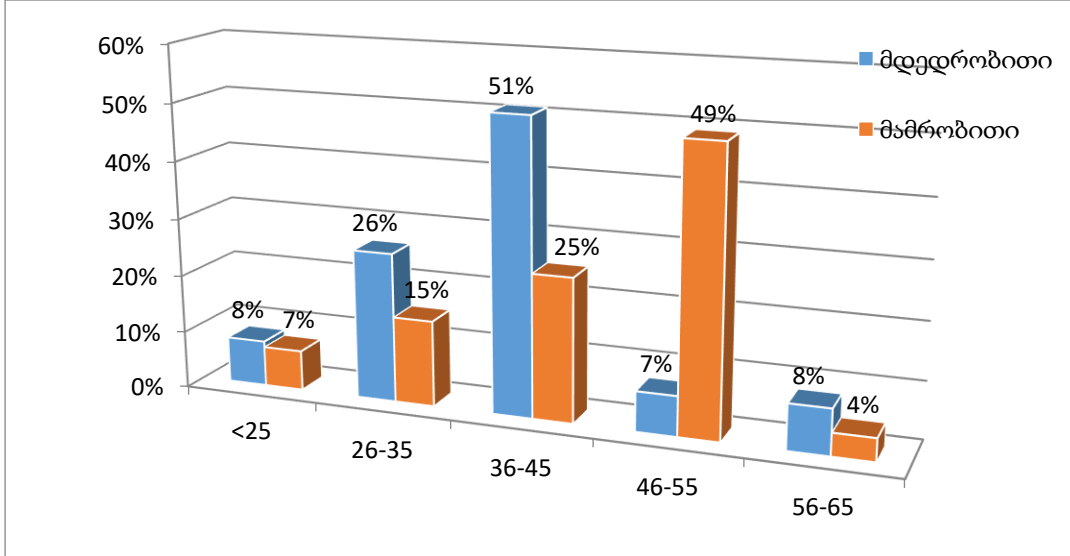
სულ გამოკითხულ იქნა 235 რესპოდენტი. კვლევამ აჩვენა, რომ მათგან 88 პირს ერთხელ მაინც მიუმართავს ეროვნული სკრინინგ ცენტრისათვის, დანარჩენ 147 მონაწილეს კი ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგი არასოდეს ჩაუტარებია. კვლევაში მონაწილეობას იღებდა 161 ქალი და 74 მამაკაცი, 69% და 31% შესაბამისად. ამასთან, მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა დაახლოებით 34%-ს, ხოლო მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა 39%-ს გამოკვლევისთვის ერთხელ მაინც მიუმართავს სკრინინგ ცენტრისთვის.

აღსანიშნავია, რომ კვლევაში მონაწილე პირთა ასაკობრივი განაწილება მცირედით განსხვავდებოდა სქესის მიხედვით, მდედრობითი სქესის რესპოდენტთა დაახლოებით ნახევარი - 51% წარმოდგენილი იყო 36-45 ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო მამრობითი სქესის 49% - 46-55 ასაკობრივ კატეგორიაში (გრაფიკი 1).

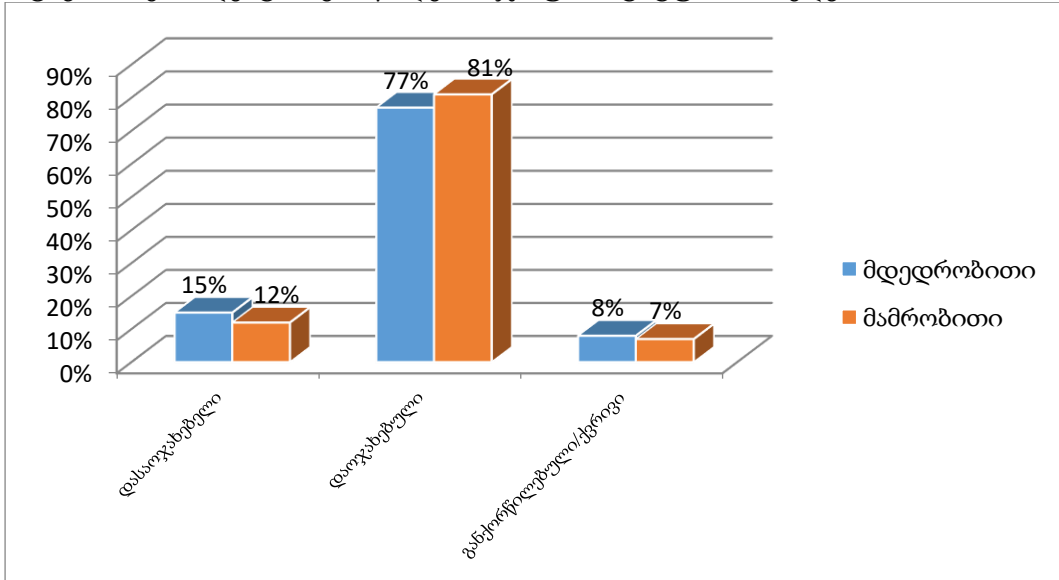
გამოკითხულთა 74%-მა საცხოვრებელ ადგილად დედაქალაქი, დანარჩენმა 26%-მა კი რეგიონი დაასახელა. გამოკითხულთა შორის ჭარბობდნენ ქორწინებაში მყოფი ქალები და კაცები, შესაბამისად 77% და 81%; ხოლო, დასაოჯახებელი, განქორწინებული და ქვრივი რესპოდენტების წილი შედარებით ნაკლები იყო (გრაფიკი 2).

კითხვაზე, საიდან გაქვთ ინფორმაცია სკრინინგის შესახებ, ყველაზე მეტმა რესპოდენტმა მეგობარი/ნაცნობი და რეკლამა დაასახელა, შესაბამისად 32% და 39%, გამოკითხულთა 16%-ს სკრინინგის შესახებ ინფორმაცია პირადმა ექიმმა მიაწოდა, ხოლო 13%-მა ინფორმაციის წყაროდ საკუთარი პროფესია დაასახელა, ისინი აღნიშნავენ, რომ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები იყვნენ და ამიტომ ფლობდნენ აღნიშნულ ინფორმაციას (გრაფიკი 3).

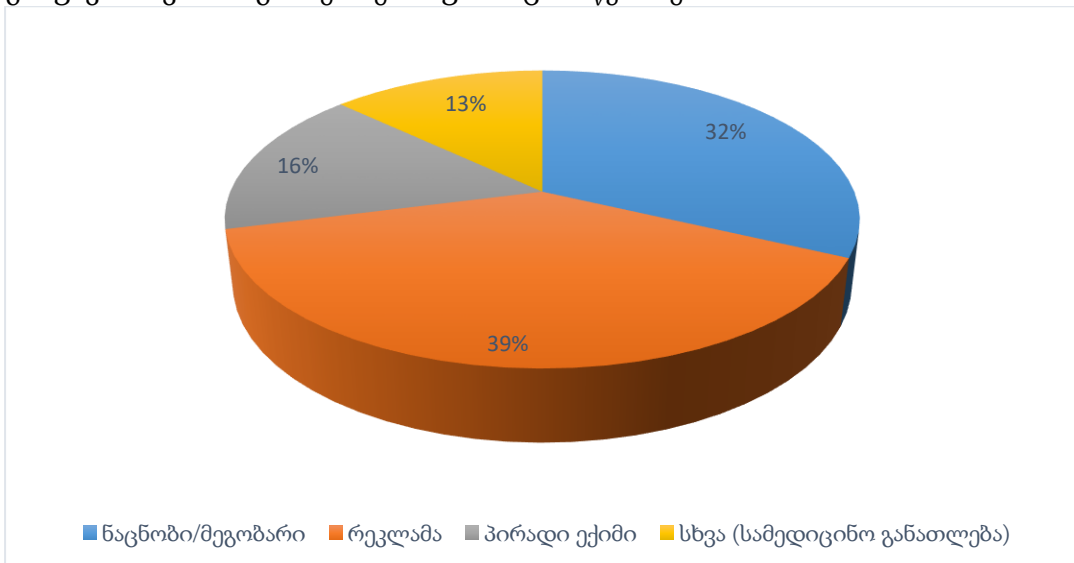
გრაფიკი 1: რესპოდენტთა ასაკობრივი განაწილება სქესის მიხედვით



გრაფიკი 2: რესპოდენტთა განაწილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით

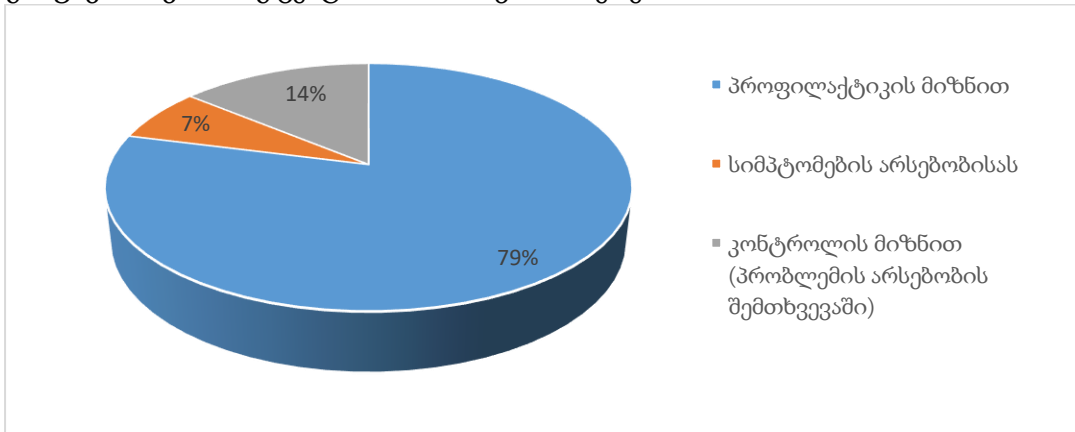


გრაფიკი 3: სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის წყაროები



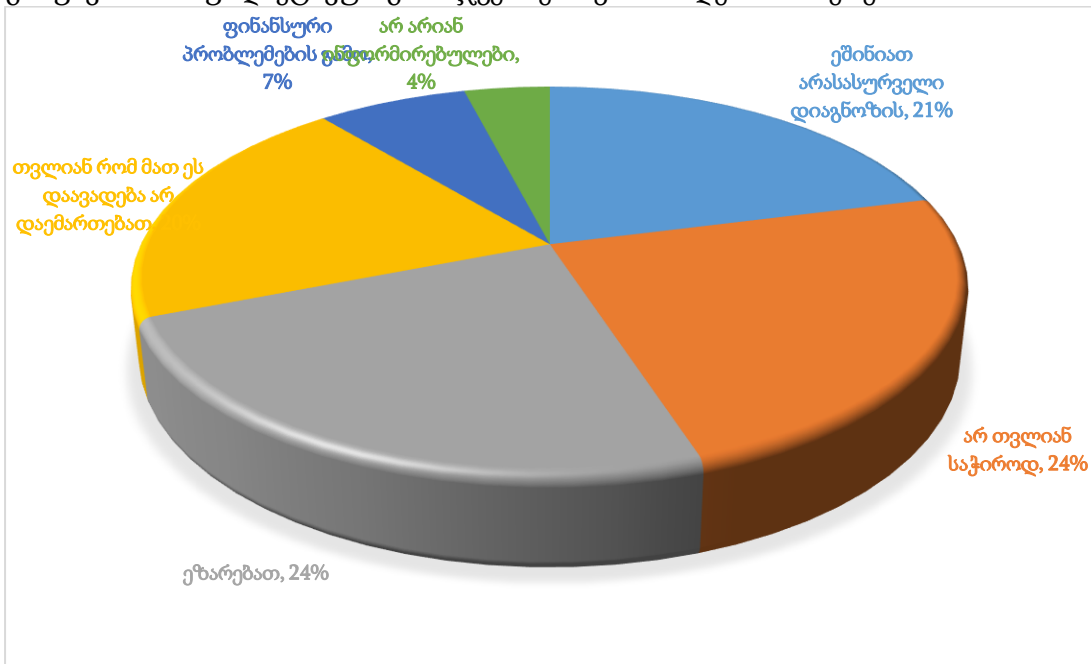
რესპოდენტთა იმ ნაწილს, რომელსაც ჰქონდა ინფორმაცია სკრინინგის შესახებ, 79%-მა სკრინინგ ცენტრში მიმართვის მიზეზად პროფილაქტიკური გამოკვლევები დაასახელა, 14%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგ ცენტრში გამოკვლევისათვის მისვლა აუცილებელია კონტროლის მიზნით (პრობლემის არსებობის შემთხვევაში); 7%-მა კი ვიზიტის მიზეზად დაავადების სიმპტომების არსებობა დაასახელა (გრაფიკი 4).

გრაფიკი 4: სკრინინგ ცენტრში მიმართვის მიზეზები



გამოკითხულთა 100%-მა აღნიშნა, რომ პროფილაქტიკური გასინჯვები მნიშვნელოვანი, ან ძალიან მნიშვნელოვანია დაავადების პრევენციისთვის. რესპოდენტთა პასუხები კითხვაზე - რატომ არიდებენ თავს ადამიანები პროფილაქტიკურ გასინჯვებს, შემდეგნაირად გადანაწილდა: კვლევაში მონაწილეთა თანაბარმა 24-24%-მა განაცხადა, რომ ადამიანები საჭიროდ არ თვლიან პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარებას, ან ეზარებათ; გამოკითხულთა 21%-მა აღნიშნა, რომ მოსახლეობა შიშის გამო არიდებს თავს გამოკვლევებს; 13%-მა არ ჩატარების მიზეზად დაასახელა ხალხის დამოკიდებულება ონკოლოგიური დაავადებების მიმართ - „მე არ დამემართება“, 5%-მა - ფინანსური პრობლემები, ხოლო 3%-მა - მოსახლეობის არაინფორმირებულობა (გრაფიკი 5).

გრაფიკი 5: პროფილაქტიკურ გასინჯვებზე თავის არიდების მიზეზები



კითხვაზე, თუ პირველად რომელი ორგანოს სკრინინგისთვის მიაკითხეთ სკრინინგ-ცენტრს, რესპოდენტთა პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: სკრინინგში მონაწილე

გამოკითხულ პირთა 41%-მა აღნიშნა, რომ ჩაიტარა ძუძუს კიბოს სკრინინგი, 30%-მა - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, 23%-მა - პროსტატის კიბოს სკრინინგი, ხოლო 6%-მა - კოლო-რექტალური კიბოს სკრინინგი.

მათგან ვისაც ერთხელ მაინც მიუმართავს სკრინინგ ცენტრისთვის, ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილი აღმოჩნდა 67%, ხოლო ნაწილობრივ კმაყოფილი - 33%. გამოკითხულთა 46%-მა აღნიშნა, რომ მას ან მის ნათესავს დასმული ჰქონდა ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზი, დანარჩენმა 54%-მა შეკითხვას უარყოფითი პასუხი გასცა. აღსანიშნავია, რომ ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ მის ახლობელს ურჩევდა მიემართა სკრინინგ ცენტრისთვის.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ონკოლოგიური დაავადებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის რიცხვის შემცირებისათვის მნიშვნელოვანია დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა, რაზეც დადებითად მოქმედებს მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე. სწორედ ამიტომ, ნაშრომის ერთ-ერთი ამოცანა მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა იყო. რესპოდენტები ინფორმაციის წყაროდ 70%-ში ნაცნობ-მეგობრებისა და სხვადასხვა სახის რეკლამებს ასახელებდნენ, მხოლოდ 16% შემთხვევაში იყო პირადი ექიმი ინფორმაციის გამავრცელებელი. მიუხედავად ამისა, შედეგებმა აჩვენა, რომ პირადი ექიმისგან ინფორმირებული პაციენტების დიდი ნაწილი რეგულარულად იტარებდა გამოკვლევებს და რესპოდენტთა ამ ნაწილმა ზუსტად იცოდა, თუ რა შემთხვევაში უნდა მიემართა სკრინინგ ცენტრისთვის. როგორც ჩანს, ყველაზე ეფექტური შედეგის თვალსაზრისით ექიმისგან მიღებული ინფორმაცია გახლდათ.

საერთაშორისო ლიტერატურას თუ გადავხედავთ და სხვადასხვა ავტორთა მიერ ჩატარებულ კვლევებს გავეცნობით დავინახავთ, რომ ადამიანები ყველაზე მეტად ექიმებს ენდობიან და მათ რჩევებს ითვალისწინებენ; ამიტომ მნიშვნელოვანია ოჯახის ან/და პირადი ექიმები აქტიურად იყვნენ ჩართულნი მოსახლეობის ინფორმირებაში იმის შესახებ, თუ ონკოლოგიური დაავადებების პროგნოზისათვის რა მნიშვნელობა აქვს დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენას. ამისათვის, ინტენსიურად უნდა ხდებოდეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში სამედიცინო პერსონალს შორის ინფორმაციის გავრცელება განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში საქართველოს თითოეული მოქალაქისათვის ხელმისაწვდომია პირველადი ჯანდაცვა და არცერთი მათგანისთვის ოჯახის/პირად ექიმთან ვიზიტი პრობლემას აღარ წარმოადგენს.

გარდა ამისა, საჭიროა დამატებითი კვლევების ჩატარება იმის დასადგენად თუ, რატომ არის ნაკლებად ეფექტური რეკლამებით გავრცელებული ინფორმაცია მოსახლეობისათვის. მხოლოდ ამის შემდეგ გახდება შესაძლებელი მოსახლეობამდე ინფორმაციის ეფექტური სახით მიწოდების გზებისა და მეთოდების შემუშავება.

კვლევაში მონაწილე ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა პროფილაქტიკური გამოკვლევების დიდი მნიშვნელობის შესახებ და დასძინა, რომ მის ახლობელს აუცილებლად ურჩევდა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარებას. მიუხედავად ამისა, ამ კუთხით ქვეყანაში მაინც საკმაოდ დაბალია მოსახლეობის კულტურა, რაც ჩვენი კვლევიდან დადასტურდა. ამიტომ, გადავწყვიტეთ გამოგვევლინა, ის ძირითადი ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლის მოსახლეობას ჩაიტარონ ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგი.

როგორც ცნობილია, საზოგადოებაში ფართოდ არის გავრცელებული სტერეოტიპული დამოკიდებულება იმის შესახებ, რომ ონკოლოგიური დაავადებები განუკურნებელი და ფაქტიურად, სასიკვდილო განაჩენია. ჩვენს კვლევაშიც, ადრეული დიაგნოსტიკის არ ჩატარების ძირითად ფაქტორად, რესპოდენტთა მიერ სწორედ საზოგადოების საკითხისადმი დამახინჯებული დამოკიდებულება დასახელდა - არაინფორმირებულობა, დიაგნოზის მოლოდინის შიში („სასიკვდილო განაჩენი“), პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარების საჭიროების ეჭვქვეშ („მაინც არაფერი მეშველება“) დაყენება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის ინფორმაციის მიწოდება, ცნობიერების ამაღლება და არასწორი, სტერეოტიპული დამოკიდებულების შესუსტება, რისთვისაც ერთ-ერთ ყველაზე

ეფექტურ გზას სხვადასხვა სახის საინფორმაციო კამპანიების, საინფორმაციო ბუკლეტების დარიგება, თუ საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება წარმოადგენს.

მართალია, რესპოდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ სკრინინგ-ცენტრისა და ზოგადად პროგრამის მომსახურება დადებითად შეაფასა, მაგრამ ცენტრისა და პროგრამის ეფექტური მოშაობის შესაფასებლად ეს საკმარისი არ არის. ამისათვის საჭიროა დამატებით იქნას შესწავლილი იმ ფაქტორების არსებობა, რომლებიც ადამიანებს ხელს უშლის ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკაში; ამ კუთხით მნიშვნელოვანია ეროვნული სკრინინგ-პროგრამის პროცედურული საკითხების, ტერიტორიული ხელმისაწვდომობისა და სხვა ფაქტორების ანალიზი და მათი გავლენის შესწავლა მოსახლეობის ქცევაზე.

დასკვნები და რეკომენდაციები

- მოსახლეობაში მაღალია სკრინინგ ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილების მაჩვენებელი;
 - ინფორმაციის გავრცელება ყველაზე ხშირად სხვადასხვა სარეკლამო კამპანიებისა და ნაცნობ/მეგობრების საშუალებით ხდება;
 - ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ ზუსტ ინფორმაციას ყველაზე ხშირად პირადი ექიმისგან იღებდნენ;
 - სკრინინგ ცენტრს პროფილაქტიკის მიზნით ყველაზე ხშირად პირადი ექიმისგან ინფორმირებული პაციენტები აკითხავდნენ;
 - ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში ჯერ კიდევ არსებული სტერეოტიპული წარმოდგენები ხელს უშლის დაავადების ადრეულ, უსიმპტომო სტადიაზე გამოვლენას და მოსახლეობის სკრინინგ პროგრამაში ჩართვის მაღალ მაჩვენებელს;
- კვლევის შედეგების საფუძველზე, მნიშვნელოვანია შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება:
 - ოჯახის ექიმების გადამზადება, დატრენინგება და ცნობიერების ამაღლება იმისათვის, რომ აქტიურად გაავრცელონ ინფორმაცია პაციენტებს შორის ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ;
 - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ინტენსიურად რიგდებოდეს საინფორმაციო ბუკლეტები, ბროშურები, ფუნქციონირებდეს საინფორმაციო დაფა;
 - დაიგეგმოს და განხორციელდეს აქტიური კამპანიები ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში გავრცელებული არასწორი შეხედულებების წინააღმდეგ;
 - სასურველია მსგავსი კვლევების ჩატარება უფრო მართო პოპულაციაში, რათა უკეთ გავეცნოთ ამ მიმართულებით არსებულ პრობლემებს;
 - დამატებით შესწავლას საჭიროებს სარეკლამო საშუალებებით ინფორმაციის მოსახლეობისთვის ეფექტურად მიწოდების სკიოტი და ამასთან დაკავშირებული ბარიერები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების გავრცელება საქართველოში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015 წლის მონაცემები, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
2. Austoker J, Bankhead C, Forbes LJ, Atkins L, Martin F, Robb K, Wardle J, Ramirez AJ. (2009). Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. Br J Cancer. Dec 3;101 Suppl 2:S31-9.
3. Benjamin O. Anderson MD, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB, Hutchinson F. (2003). Early Detection of Breast Cancer in Countries with Limited Resources.
4. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. Lancet Oncol 13: 790-801.

5. Buist DS, Porter PL, Lehman C, et al. (2004). Factors contributing to mammography failure in women aged 40–49 years. *J Natl Cancer Inst.*
6. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. (2005). MSc Screening for Breast Cancer *JAMA.*
7. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al, (2009). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD: National Cancer Institute;
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 3;137(5 Part 1):347-60.
9. Jemal A, Center MM, Carol DeSantis, et al. (2010). *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*
10. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. (2011). Global cancer statistics.
11. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. (2010). LIFESTYLE AS RISK FACTOR FOR CANCER: EVIDENCE FROM HUMAN STUDIES.
12. IARC (2002). Breast cancer screening, IARC handbooks for cancer prevention, International Agency for Research on Cancer.
13. IARC (2008). World cancer report 2008. Lyon, International Agency for Research on Cancer.
14. McTiernan A, Ulrich C, Slate S, Potter J. (1998). Physical activity and cancer etiology: associations and mechanisms. *Cancer Causes Control*
15. National Cancer Institute (2009). Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Stat Fact Sheets: Breast Cancer. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
16. Nutbeam D. (2006). Department of Public Health and Community Medicine, A27, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century University of Sydney, NSW, Australia
17. [Ott JJ](#), [Ullrich A](#), [Miller AB](#). (2009). Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organisation, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Canada.
18. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado MP, Pineros M. (2008). Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the latin america and Caribbean region. *Vaccine.*
19. Radimer KL, Ballard-Barbash R, Miller JS, et al. (2004). Weight change and the risk of late-onset breast cancer in the original Framingham cohort. *Nutr Cancer*
20. Roa BB, Boyd AA, Volcik K, Richards CS. Ashkenazi (1996). Jewish population frequencies for common mutations in BRCA1 and BRCA2. *Nat Genet.*
21. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, et al. (2005). Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol.* May;6(5):271-8.
22. Vainio H, Bianchini F. (2002). *Weight Control and Physical Activity*, vol. 6. Lyon, France: International Agency for Research Cancer Press.
23. WHO. (2010). *Cancer - Screening and early detection*
24. WHO. (2008). *World Cancer Report 2008*, IARC
25. WHO. (2013). *World Cancer day 2013.*
26. World Health Organization (2013) comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women.