



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ქეთევან გაჩეჩილაძე

ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის
შეფასება საქართველოში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი

დისერტაცია

სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ნინო განუგრავა

2026 წელი

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე:

სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასება
საქართველოში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ქეთევან გაჩეჩილაძე © თბილისი, 2025 წ.

ანოტაცია

ონკოლოგიური პათოლოგიები თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთ უმთავრეს გამოწვევად მიიჩნევა. ავთვისებიანი სიმსივნეები სიკვდილიანობის მხრივ მსოფლიოში ყველა დაავადებას შორის მეორე ადგილს იკავებს. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს მონაცემების მიხედვით, 2022 წელს მსოფლიოში დაფიქსირდა კიბოს 19.3 მილიონი ახალი შემთხვევა და 9.7 მილიონი გარდაიცვალა. საქართველოში, 2023 წლის სტატისტიკის თანახმად, გამოვლინდა 11 625 ახალი შემთხვევა, ხოლო კიბოთი გარდაცვლილთა რაოდენობამ დაახლოებით 10 000 შეადგინა. შეფასებების მიხედვით, სიცოცხლის განმავლობაში ყოველ მეხუთე ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს კიბო, ხოლო ამ დაავადებით გარდაცვალების რისკი შეადგენს ერთს ცხრა მამაკაციდან და ერთს თორმეტი ქალიდან.

დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დაახლოებით ერთი მესამედი დაკავშირებულია ხუთ ძირითად ქცევით და კვებით რისკ-ფაქტორთან, მათ შორისაა სიმსუქნე, ხილისა და ბოსტნეულის არასაკმარისი მიღება, ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა, თამბაქოს მოხმარება და ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება. აღნიშნული რისკ-ფაქტორების გავლენის შემცირება შესაძლებელს ხდის კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 30–50%-ის პრევენციას. ამასთანავე, კიბოს ტვირთის შემცირება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დაავადების ადრეულ გამოვლენაზე, რაც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებას კიბოს სიმპტომების, რისკ-ფაქტორებისა და მოქმედი სკრინინგ პროგრამების შესახებ.

ამ მიმართულებით საქართველოში სისტემური პოპულაციური კვლევა არ ჩატარებულა.

წარმოდგენილი კვლევა მიზნად ისახავდა საქართველოს მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასებას ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორების, საყურადღებო ნიშნებისა და სიმპტომების, ასევე ხელმისაწვდომი სკრინინგული კვლევების შესახებ, და ასევე კავშირის დადგენას დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან: ასაკი, სქესი, ეთნიკური კუთვნილება, განათლება, ოჯახური სტატუსი, შემოსავლის დონე, საცხოვრებელი ადგილი.

კვლევის დიზაინად განისაზღვრა ჯვარედინ-სექციური კვლევა. Random Digit Dialing (RDD) - შემთხვევით ციფრებით დარეკვის მეთოდის მეშვეობით მოხდა რესპონდენტების მოძიება

და მათთან სატელეფონო ინტერვიუების ჩაწერა. ინტერვიუ ჩაიწერა 18 წელზე მეტი ასაკის ქართულ ენაზე მოსაუბრე 385 რესპონდენტთან.

კვლევის ინსტრუმენტად გამოვიყენეთ საერთაშორისო კითხვარი - Cancer Research UK Cancer Awareness Measure (CAM) version 2.1, განახლებული 09.02.11 წ. რომელიც სპეციალურად შექმნილი, სტანდარტიზებული და ვალიდირებულია კიბოს სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის და დახმარების თხოვნის ბარიერების შესაფასებლად. ეს წარმოადგენდა პირველ პრეცედენტს საქართველოში, სადაც ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასება ქართულ ენაზე ადაპტირებული და ვალიდირებული საერთაშორისო ინსტრუმენტის CAM გამოყენებით განხორციელდა, რაც ამ სტანდარტიზებული ინსტრუმენტის სამომავლო კვლევებში დანერგვის და გამოყენების შესაძლებლობას იძლევა .

კითხვარის მეშვეობით მიღებული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა - SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp) პროგრამაში. გამოყენებული იყო აღწერილობითი სტატისტიკა, ბივარიაციული ანალიზი და წრფივი რეგრესიის მოდელი.

კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ გამოკითხულ მოსახლეობაში კიბოს შესახებ ზოგადი ცნობიერების დონე არასაკმარისია. კერძოდ, რესპონდენტთა 57.7%-ში კიბოს ძირითადი სიმპტომების ცოდნა შეფასდა დაბალ ან საშუალო დონეზე, რაც მიუთითებს ადრეული გამოვლენისათვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ნიშნების არასაკმარის გაცნობიერებაზე. კიდევ უფრო საგანგაშოა მდგომარეობა კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნის თვალსაზრისით, სადაც მაღალი ცოდნის დონე მხოლოდ 5.7%-მა აჩვენა. აღნიშნული მონაცემები ასახავს პრევენციული განათლებისა და მიზნობრივი საინფორმაციო ინტერვენციების საჭიროებას.

სკრინინგული კვლევების შესახებ ინფორმირებულობის შეფასებამ აჩვენა, რომ, მიუხედავად ზოგადი ცნობადობის შედარებით მაღალი მაჩვენებლებისა კონკრეტული პროგრამების მიმართ, ცოდნის ხარისხი და სიღრმე მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. კერძოდ, რესპონდენტთა 92.2% ინფორმირებული იყო ძუძუს კიბოს სკრინინგული კვლევის არსებობის შესახებ, 79% – საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის, ხოლო 53.8% – კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის შესახებ. თუმცა, აღნიშნული ინფორმირებულობა უმეტეს შემთხვევაში ზედაპირულ ხასიათს ატარებდა და არ მოიცავდა სკრინინგის განხორციელებისთვის განსაზღვრულ სამიზნე ასაკობრივ დიაპაზონებს.

მიღებული შედეგების მიხედვით, ძუძუს კიბოს სკრინინგული პროგრამის შესახებ ინფორმირებული რესპონდენტების მხოლოდ 63%-მა შეძლო სწორად დაესახელებინა მიზნობრივი ასაკობრივი ჯგუფი (40–70 წელი). კიდევ უფრო დაბალი აღმოჩნდა ცოდნის დონე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით, სადაც მხოლოდ 13%-მა განსაზღვრა სწორად შესაბამისი ასაკობრივი ინტერვალი (25–60 წელი). კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის შემთხვევაში კი, ინფორმირებული რესპონდენტების მხოლოდ 47.4%-მა მიუთითა სწორი სამიზნე ასაკობრივი დიაპაზონი (50–70 წელი).

აღნიშნული შედეგები მიუთითებს, რომ სკრინინგული პროგრამების ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად შეიძლება შეიზღუდოს არა მხოლოდ მონაწილეობის დაბალი მაჩვენებლებით, არამედ სამიზნე ჯგუფების არასაკმარისი ინფორმირებულობითაც. შესაბამისად, აუცილებელია განათლებისა და ცნობიერების ამაღლების ინტერვენციების გაძლიერება, რომლებიც არა მხოლოდ სკრინინგის არსებობას, არამედ მის სწორად გამოყენებასა და მიზნობრივ ჯგუფებზე მორგებულ ინფორმაციას უზრუნველყოფს.

კვლევის ფარგლებში პირველად საქართველოში განისაზღვრა მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე, მიდგომები და ქცევა ონკოლოგიურ დაავადებებთან მიმართებაში და გამოვლინდა ადრეული დაიგნოსტიკის ძირითადი ხელისშემშლელი ბარიერები. აღნიშნული მიგნებები ხელს შეუწყობს კიბოს პრევენციის და ადრეული გამოვლინების ეფექტური პოლიტიკის და ინტერვენციების შემუშავებას და დანერგვას, რომელიც მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შეამცირებს კიბოთი გამოწვეულ ავადობას და სიკვდილობას.

ავტობიოგრაფია

მე, ქეთევან გაჩეჩილაძე, დავიბადე 1972 წელს ქალაქ დუშეთში.

განათლება:

2023 – 2026 წწ, საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამა. დოქტორანტი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

1989 – 1996 წწ, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი, სამკურნალო ფაკულტეტი, დიპლომირებული ექიმი.

შრომითი საქმიანობა:

2023 წ - დღემდე - საქართველოს უნივერსიტეტი, მიწვეული ლექტორი

2006 წ – დღემდე, ლე ლაბორატუა სერვის წარმომადგენლობა საქართველოში, ონკოლოგიის სამედიცინო მიმართულების მენეჯერი, ტრენინგის მენეჯერი.

2005-2006 წწ, ფარმაცევტული კომპანია ჯიპისი, სამედიცინო წარმომადგენელი

1996-2005 წწ, “სამედიცინო სამსახური 009”, ოჯახის ექიმის სამსახურის უფროსი

1993-1996 წწ, აკად. ეგნატე ფიფიას სახელობის რკინიგზის საავადმყოფო, რეანიმაცია-ანესთეზიის განყოფილების მორიგე ექთანია.

მადლიერების გამოხატვა

განსაკუთრებული მადლიერება მსურს გამოვხატო ჩემი სამეცნიერო ხელმძღვანელის, ქალბატონ ნინო განუგრავეს მიმართ, რომლის პროფესიონალიზმმა, მაღალი აკადემიურმა სტანდარტებმა და კვლევითი პროცესისადმი პასუხისმგებლიანმა დამოკიდებულებამ გადამწყვეტი როლი შეასრულა ჩემი დისერტაციის წარმატებით განხორციელებაში. მისი ღრმა ექსპერტიზა, მეთოდოლოგიური სიზუსტე და კრიტიკული აზროვნების მუდმივი წახალისება ჩემთვის არა მხოლოდ აკადემიური, არამედ პროფესიული ზრდის მნიშვნელოვანი საფუძველი გახდა. ქალბატონი ნინოს უწყვეტი ჩართულობა, კონსტრუქციული რეკომენდაციები და დროული უკუკავშირი უზრუნველყოფდა კვლევის თითოეული ეტაპის სწორად წარმართვას და საბოლოო შედეგის მაღალი ხარისხის მიღწევას.

ასევე გულწრფელ მადლობას ვუხდის საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლას, რომელმაც უზრუნველყო ოპტიმალური აკადემიური და კვლევითი გარემო. სკოლის მიერ შექმნილმა ინტელექტუალურად მდიდარმა, სტიმულირებადმა და მხარდამჭერმა გარემომ მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი კვლევითი პროცესის ეფექტიანად განხორციელებას. ინსტიტუციური მხარდაჭერა, აკადემიური რესურსებზე ხელმისაწვდომობა და პროფესიული ეთიკის მაღალი სტანდარტები მნიშვნელოვანი წინაპირობა იყო ნაშრომის წარმატებით შესრულებისთვის.

განსაკუთრებული მადლიერებით მსურს აღვნიშნო ჩემი თანაავტორების წვლილი, რომელთა პროფესიული ჩართულობა, ცოდნა და კოლეგიალური მხარდაჭერა კვლევის განუყოფელი ნაწილი იყო. მათი აქტიური მონაწილეობა, კონსტრუქციული დისკუსიები და ერთობლივი ძალისხმევა უზრუნველყოფდა კვლევის სიღრმეს, სიზუსტესა და მეცნიერულ ღირებულებას. მათთან თანამშრომლობა ჩემთვის მნიშვნელოვანი გამოცდილება და პროფესიული განვითარების წყარო გახდა.

საბოლოოდ, თითოეულ მათგანს გულწრფელ მადლობას ვუხდის მხარდაჭერისთვის, ნდობისთვის და იმ მნიშვნელოვანი წვლილისთვის, რომელმაც შესაძლებელი გახადა ამ კვლევის წარმატებით დასრულება.

სარჩევი

შესავალი.....	144
1. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	22
1.1. სიმსივნური დაავადებების ეპიდემიოლოგია და კლინიკური მახასიათებლები.....	22
1.2. კიბოს დიაგნოსტიკა.....	27
1.3 სიმსივნური დაავადებების ტვირთის შემცირება.....	Error! Bookmark not defined. 9
1.4. სიმსივნური დაავადებების მკურნალობა.....	36
1.5. კიბოს სოციალური დეტერმინანტები და სკრინინგის მოცვის არათანაბრობა.....	43
1.6. სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობა.....	45
2. კვლევის მეთოდები.....	63
2.1. კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	63
2.2. საკვლევი პოპულაცია.....	663
2.3. შენარჩევის ზომა.....	6Error! Bookmark not defined.
2.4. კვლევის ადგილი.....	6464
2.5. კვლევაში ჩართვის პროცედურები.....	65
2.6. კვლევის ინსტრუმენტები.....	65
2.7. კვლევის ეთიკური მხარე.....	69
2.8. სტატისტიკური ანალიზი.....	69
2.8.1. ცვლადები.....	70
3. ძირითადი შედეგები.....	70
3.1. მონაწილეთა ნაკადი და მახასიათებლები.....	70
3.2. კიბოს სიმპტომების ცოდნა.....	76
3.2.1. აღწერილობითი სტატისტიკა.....	76
3.2.2. სიმპტომების ცოდნის დონე - ბივარიაციული ანალიზი.....	79
3.3. ექიმთან მიმართვის განზრახვები და ბარიერები.....	81
3.3.1. ბივარიაციული ანალიზი.....	82
3.4. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა.....	83
3.4.1. აღწერილობითი სტატისტიკა.....	83
3.4.2. რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე - ბივარიაციული ანალიზი.....	85
3.5. ყველაზე გავრცელებული კიბოების და ეროვნული სკრინინგ პროგრამების ცნობადობა.....	86
3.5.1. აღწერილობითი სტატისტიკა.....	86
3.5.2. ბივარიაციული ანალიზი.....	87

3.6. მულტივარიაციული ანალიზი	89
4. დისკუსია.....	95
4.1. შედარება წინა კვლევებთან	96
4.2. კვლევის ძლიერი მხარეები და შეზღუდვები	98
4.3. სამომავლო კვლევები.....	99
4.4. შეჯამება	99
4.5. კვლევის მნიშვნელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის	100
დასკვნა	101
რეკომენდაციები.....	103
დანართი 1. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა	106
დანართი 2. CAM კითხვარი	107
დანართი 3. ცხრილები.....	115
ბიბლიოგრაფია.....	138

ცხრილების ჩამონათვალი:

ცხრილი 1.	კვლევაში მონაწილეთა სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები	115
ცხრილი 2.	პაციენტების ასაკის აღწერილობითი სტატისტიკა	117
ცხრილი 3.	კვლევაში მონაწილეთა დასახლების ტიპი	118
ცხრილი 4.	მანქანის არსებობა ოჯახში	119
ცხრილი 5.	კიბოს ისტორია	119
ცხრილი 6.	კიბოს სიმპტომები (რესპონდენტების მიერ ჩამოთვლილი)	120
ცხრილი 7.	კიბოს სიმპტომები (რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი)	121
ცხრილი 8.	სიმპტომების შესახებ ინფორმირებულობის ჯამური ქულა	121
ცხრილი 9.	სიმპტომების ცოდნის დონე	122
ცხრილი 10.	საექვო სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში ექიმთან მიმართვის დრო	123
ცხრილი 11.	ექიმთან წასვლის შემაფერხებელი მიზეზები.	123
ცხრილი 12.	კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ ჩამოთვლილი)	124
ცხრილი 13.	კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი)	125
ცხრილი 14.	რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის ჯამური ქულა	126
ცხრილი 15.	კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე	127
ცხრილი 16.	კიბოს განვითარების ასაკი	127
ცხრილი 17.	ქალებში გავრცელების მხრივ პირველ ადგილზე მყოფი სიმსივნე	127
ცხრილი 18.	ქალებში გავრცელების მხრივ მეორე ადგილზე მყოფი სიმსივნე	128
ცხრილი 19.	ქალებში გავრცელების მხრივ მესამე ადგილზე მყოფი სიმსივნე	128

ცხრილი 20. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ პირველ ადგილზე მყოფი	სიმსივნე
.....	128
ცხრილი 21. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ მეორე ადგილზე მყოფი	სიმსივნე
.....	129
ცხრილი 22. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ მესამე ადგილზე მყოფი	სიმსივნე.
.....	129
ცხრილი 23. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა.....	129
ცხრილი 24. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი	130
ცხრილი 25. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა	130
ცხრილი 26. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი	131
ცხრილი 27. კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა	131
ცხრილი 28. კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი
.....	132
ცხრილი 29. კიბოს სიმპტომებს და სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებს შორის	ასოციაცია
.....	133
ცხრილი 30. კიბოს რისკ-ფაქტორებს და სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებს შორის	ასოციაცია.....
.....	134
ცხრილი 31. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცნობადობის ასოციაცია	სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებთან
.....	135
ცხრილი 32. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცნობადობის ასოციაცია	სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებთან
.....	136
ცხრილი 33. კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცნობადობის ასოციაცია	სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებთან
.....	137

დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1. გავრცელების მხრივ 5 ყველაზე ხშირი კიბო მსოფლიოში 23

დიაგრამა 2. ნაკადის დიაგრამა..... 71

დიაგრამა 3. რესპონდენტების განაწილება სქესის მიხედვით 71

დიაგრამა 4. რესპონდენტების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით..... 72

დიაგრამა 5. რესპონდენტების განაწილება საცხოვრებელი რეგიონის და ტიპის მიხედვით 72

დიაგრამა 6. რესპონდენტების განაწილება განათლების დონის მიხედვით 73

დიაგრამა 7. რესპონდენტების განაწილება დასაქმების მიხედვით..... 73

დიაგრამა 8. რესპონდენტების განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით 74

დიაგრამა 9. რესპონდენტების განაწილება ოჯახში მანქანის არსებობის მიხედვით..... 74

დიაგრამა 10. რესპონდენტების განაწილება ოჯახის ყოველთვიური შემოსვლის მიხედვით 75

დიაგრამა 11. რესპონდენტების განაწილება კიბოს ისტორიის მიხედვით 76

დიაგრამა 12. რესპონდენტების მიერ დასახელებული კიბოს სიმპტომები 77

დიაგრამა 13. რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი კიბოს სიმპტომები..... 77

დიაგრამა 14. რესპონდენტების მიერ კიბოს სიმპტომები ცოდნა 78

დიაგრამა 15. რესპონდენტების მიერ სიმპტომები ცოდნის დონე..... 79

დიაგრამა 16. რესპონდენტების მიერ სიმპტომები ცოდნის დონე სქესის მიხედვით..... 79

დიაგრამა 17. რესპონდენტების მიერ სიმპტომები ცოდნის დონე ოჯახის ყოველთვიური შემოსავლის დონის მიხედვით..... 80

დიაგრამა 18. კიბოს საეჭვო სიმპტომის არსებობის შემთხვევაში ექიმთან წასვლის ბარიერები..... 82

დიაგრამა 19. კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ დასახელებული) 83

დიაგრამა 20. კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი)..... 84

დიაგრამა 21. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე 84

დიაგრამა 22. კრინინგული პროგრამების ცოდნა 87

დიაგრამა 23. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - კიბოს სიმპტომების ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები 91

დიაგრამა 24. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები 92

დიაგრამა 25. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები 93

დიაგრამა 26. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - სამვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები 94

დიაგრამა 27. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - მსხვილი ნაწლავის კიბოს სიმპტომების ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები..... 95

ნაშრომში გამოყენებული აბრევიატურები და ტერმინების ჩამონათვალი

CAM (Cancer Awareness Measure) - კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის შესაფასებელი კითხვარი

WHO (World Health Organization)- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

NCDC (National Center for Disease Control) - საქართველოს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

RDD (Random Digit Dialing) - შემთხვევით ციფრებით დარეკვა

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - სტატისტიკური პაკეტი სოციალური მეცნიერებებისთვის

CI - Confidence Interval - სარწმუნოების ინტერვალი

95% CI - სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი

OR (Odds Ratio) - შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებელი

M - Mean (საშუალო) - სტატისტიკურ ანალიზში

SD - Standard Deviation - სტანდარტული გადახრა

(r) - კორელაციის კოეფიციენტი

Df – degrees of freedom - თავისუფლების ხარისხები

CT - კომპიუტერული ტომოგრაფია

MRI - მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

PET - პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფია

PET/CT - პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფია/კომპიუტერული ტომოგრაფია

Health Belief Model (HBM): ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი

Social Cognitive Theory (SCT): სოციალური კოგნიტური თეორია

UK NHS - გაერთიანებული სამეფოს ეროვნული სამედიცინო სამსახური

PAP ტესტი - პაპანიკოლაუს ტესტი - სკრინინგული კვლევა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისთვის

დნმ - დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავა

სმი - სხეულის მასის ინდექსი

შესავალი

ონკოლოგიური დაავადებები წარმოადგენს პათოლოგიურ მდგომარეობათა ფართო და ჰეტეროგენულ ჯგუფს, რომელიც აერთიანებს 200-ზე მეტ განსხვავებულ ნოზოლოგიურ ერთეულს. აღნიშნული დაავადებები ხასიათდება მრავალფეროვანი ეტიოლოგიური, მორფოლოგიური და კლინიკური თავისებურებებით, თუმცა მათ საერთო განმასხვავებელ ნიშანს წარმოადგენს სიმსივნური უჯრედების არაკონტროლირებადი პროლიფერაცია. ნორმალური უჯრედული რეგულაციის მექანიზმების დარღვევის შედეგად, სიმსივნური უჯრედები იძენენ ავტონომიური ზრდისა და გადარჩენის უნარს, რაც იწვევს ნეოპლაზმური ქსოვილის ჩამოყალიბებას.

სიმსივნური უჯრედების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ბიოლოგიური თვისებაა მათი ინვაზიური პოტენციალი, რაც გულისხმობს ახლომდებარე ჯანმრთელ ქსოვილებში შეჭრის უნარს. აღნიშნული პროცესი თან ახლავს უჯრედმორისი მატრიქსის დეგრადაციასა და ქსოვილთა სტრუქტურული მთლიანობის დარღვევას. გარდა ლოკალური ინვაზიისა, სიმსივნურ უჯრედებს ახასიათებთ დისტანციურ ორგანოებში გავრცელების, ანუ მეტასტაზირების უნარი, რაც ონკოლოგიური დაავადებების პროგრესირების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და სიცოცხლისთვის საშიშ მექანიზმს წარმოადგენს. მეტასტაზირება ხორციელდება ლიმფოგენური, ჰემატოგენური ან სხეულის ღრუების საშუალებით, რაც იწვევს მეორადი სიმსივნური კერების ფორმირებას სხვადასხვა ორგანოში.

აღნიშნული ბიოლოგიური მახასიათებლები განსაზღვრავს ონკოლოგიური დაავადებების კლინიკურ მიმდინარეობას, დიაგნოსტიკურ სირთულეებსა და მკურნალობის სტრატეგიების სირთულეს. შესაბამისად, მათი ადრეული დიაგნოსტიკა, ზუსტი სტადირება და მულტიდისციპლინური მართვა გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა პაციენტთა პროგნოზისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის.

თემის აქტუალობა

კიბო წარმოადგენს გლობალურ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას, რომლის ტვირთი წლიდან წლამდე მზარდ ტენდენციას ავლენს. არსებული

ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად დაახლოებით 19.3 მილიონი ახალი ონკოლოგიური შემთხვევა დიაგნოსტირდება, რაც მნიშვნელოვან გამოწვევას უქმნის როგორც ჯანდაცვის სისტემებს, ისე სოციალურ და ეკონომიკურ სტრუქტურებს. კიბო სიკვდილობის მეორე წამყვან მიზეზად რჩება გლობალურ მასშტაბზე, რის შედეგადაც ყოველწლიურად თითქმის 10 მილიონი ადამიანი იღუპება ონკოლოგიური დაავადებების შედეგად. აღნიშნული მაჩვენებლები ნათლად ასახავს პრობლემის მასშტაბურობასა და მისი ეფექტიანი მართვის აუცილებლობას.

სავარაუდო სტატისტიკური პროგნოზების თანახმად, სიცოცხლის განმავლობაში კიბოს განვითარება ემუქრება დაახლოებით ყოველ მეხუთე ადამიანს. ამასთანავე, დაავადებით გარდაცვალების რისკი განსხვავდება სქესის მიხედვით: ყოველი ცხრა მამაკაციდან ერთი და ყოველი თორმეტი ქალიდან ერთი სიცოცხლეს ონკოლოგიური დაავადების შედეგად ასრულებს. აღნიშნული განსხვავებები შესაძლოა დაკავშირებული იყოს როგორც ბიოლოგიურ ფაქტორებთან, ასევე ქცევით თავისებურებებსა და რისკ-ფაქტორებზე განსხვავებულ ზემოქმედებასთან.

კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის დაახლოებით ერთი მესამედი ასოცირებულია ხუთ ძირითად ქცევით და კვებით რისკ-ფაქტორთან, რომელთა შორისაა სიმსუქნე, ხილისა და ბოსტნეულის არასაკმარისი მოხმარება, ფიზიკური აქტივობის დეფიციტი, თამბაქოს ჭარბი გამოყენება და ალკოჰოლის გადაჭარბებული რაოდენობით მიღება. აღნიშნული ფაქტორები მნიშვნელოვანწილად მოდიფიცირებადია, რაც კიბოს პრევენციის თვალსაზრისით განსაკუთრებულ შესაძლებლობებს ქმნის.

კვლევები მიუთითებს, რომ რისკ-ფაქტორების ეფექტიანი შემცირებისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის გზით შესაძლებელია კიბოს შემთხვევების თითქმის ნახევრის პრევენცია. შესაბამისად, პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერება, მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება და ჯანსაღი ქცევების წახალისება წარმოადგენს კიბოს გლობალური ტვირთის შემცირების ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტიან სტრატეგიას.

კიბოს გლობალური და ეროვნული ტვირთის შემცირება შესაძლებელია არა მხოლოდ მკურნალობის გაუმჯობესებით, არამედ ადრეული დიაგნოსტიკების ეფექტიანი სტრატეგიების დანერგვითა და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებით. ადრეული აღმოჩენა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია საზოგადოების ინფორმირებულობაზე კიბოს ძირითადი სიმპტომების, რისკ-ფაქტორებისა და მოქმედი სკრინინგული პროგრამების შესახებ. აღნიშნული კომპონენტები წარმოადგენს პრევენციისა და

კონტროლის ინტეგრირებული მიდგომის ფუნდამენტურ ელემენტებს და პირდაპირ გავლენას ახდენს დაავადების პროგნოზზე.

პაციენტთა გადარჩენადობა უმეტეს შემთხვევაში განისაზღვრება დიაგნოზის დასმის მომენტში დაავადების სტადიით. კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის შემთხვევაში მკურნალობის ეფექტიანობა და ხანგრძლივი გადარჩენის ალბათობა მნიშვნელოვნად მაღალია, მაშინ როდესაც დაავადების გვიან სტადიაზე დიაგნოსტიკა მკვეთრად ამცირებს როგორც თერაპიული ჩარევის შესაძლებლობებს, ასევე პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობას. აღნიშნული ტენდენცია ნათლად აისახება სტატისტიკურ მონაცემებშიც. საქართველოში 2023 წელს დარეგისტრირდა 11,625 ახალი ონკოლოგიური შემთხვევა, რომელთა 40.2% უკვე გვიან სტადიაზე იყო გამოვლენილი. პოპულაციური კიბოს რეესტრის მონაცემებზე დაყრდნობით დასტურდება მჭიდრო და პირდაპირი კავშირი ადრეულ დიაგნოსტიკასა და ხუთწლიან გადარჩენის მაჩვენებლებს შორის. კერძოდ, I სტადიაზე სიმსივნის აღმოჩენის შემთხვევაში ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი აღწევს დაახლოებით 90%-ს, მაშინ როდესაც IV სტადიაზე დიაგნოსტიკისას აღნიშნული მაჩვენებელი მხოლოდ 27%-ს შეადგენს.

კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე, რომელიც მოიცავს სიმპტომების, რისკ-ფაქტორებისა და სკრინინგული პროგრამების არასაკმარის ცოდნას, წარმოადგენს გვიან სტადიაზე დიაგნოსტიკის ერთ-ერთ უმთავრეს განმაპირობებელ ფაქტორს. დროული დიაგნოზი დამოკიდებულია მოსახლეობის უნარზე, ამოიცნოს დაავადების საწყისი ნიშნები და გააცნობიეროს სამედიცინო დახმარების დროულად მოძიების მნიშვნელობა. ამასთანავე, სკრინინგული პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რადგან ისინი საშუალებას იძლევა ადრეულ სტადიაზე გამოვლინდეს ისეთი ფართოდ გავრცელებული სიმსივნური დაავადებები, როგორცაა ძუძუს, კოლორექტალური და საშვილოსნოს ყელის კიბო. შესაბამისად, განათლებაზე დაფუძნებული პრევენციული სტრატეგიების გაძლიერება წარმოადგენს კიბოს ტვირთის შემცირების ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტიან გზას.

საქართველოში სკრინინგის პროგრამებში მონაწილეობის დონე ძალიან დაბალია. 2021 წელს სამიზნე მოსახლეობის მხოლოდ 12% - მა მიიღო მონაწილეობა ძუძუს კიბოს სკრინინგში, 11% — საშვილოსნოს ყელის კიბოს და მხოლოდ 2% — კოლორექტალური კიბოს სკრინინგში. მნიშვნელოვანია, რომ ეფექტური სკრინინგის პროგრამებისთვის

სტანდარტად ითვლება 70–75%-იანი დაფარვა, რადგან იგი დაკავშირებულია კიბოსთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის არსებით შემცირებასთან.

დაავადების დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალ დონესთან. მწირი ცოდნა განაპირობებს სამედიცინო დაწესებულებებში დაგვიანებულ მიმართვიანობას, რაც საბოლოოდ დაკავშირებულია დაგვიანებულ დიაგნოზთან.

კიბოს ტვირთის შემცირებისთვის გადამწყვეტია მისი ადრეული დიაგნოზი და მკურნალობა. საზოგადოების ცოდნის დონის, დამოკიდებულებების, ქცევებისა და ადრეული გამოვლენის ბარიერების — ასევე მათი სოციოდემოგრაფიული ფაქტორების — შეფასებას შეუძლია ხელი შეუწყოს უფრო ეფექტიანი პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკის სტრატეგიების შემუშავებას. ამ დრომდე საქართველოში სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შესასწავლად პოპულაციური სისტემური კვლევა არ ჩატარებულა.

ამ ტიპის კვლევის ჩატარება საქართველოში უაღრესად მნიშვნელოვანია: კვლევა უზრუნველყოფს მნიშვნელოვან მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მონაცემებს ონკოლოგიური დაავადებების სიმპტომების, რისკ-ფაქტორების და არსებული სკრინინგული კვლევების შესახებ საზოგადოების ცოდნის დონესთან მიმართებაში, გამოავლენს კავშირს სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებსა და ცოდნის დონეს შორის, რაც შემდგომ შესაძლებელს გახდის სამიზნე, სამართლიანობაზე ორიენტირებული ჩარევების შეთავაზებას. კვლევის შედეგები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც საფუძველი შემდგომი ეროვნული და წარმომადგენლობითი სოციოლოგიური გამოკითხვის შემუშავებისთვის, რომელიც განსაზღვრავს ბაზისურ საფუძველს საქართველოს მომავალ 2025–2030 წლების კიბოს კონტროლის გეგმისთვის.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანია ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორებზე, საყურადღებო ნიშნებსა და სიმპტომებზე, ასევე ხელმისაწვდომი სკრინინგული კვლევების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასება, რაც შემდგომში კიბოს პრევენციისა და ადრეული გამოვლენისთვის საჭირო პოლიტიკისა და ინტერვენციების

უკეთ დაგეგმვისა და დანერგვის საშუალებას მოგვცემს, იმისთვის, რომ ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შემცირდეს კიბოს ტვირთი საქართველოში.

კვლევის ჰიპოთეზა

საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე მნიშვნელოვნად დაბალია, რაც ასოცირებულია ონკოლოგიური დაავადების დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენასთან.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგია მოიცავდა ჯვარედინ-სექციურ დიზაინს. სამიზნე ჯგუფები: სხვადასხვა დემოგრაფიულ მაჩვენებლების (ასაკის, სქესის, ეთნიკური კუთვნილების, განათლების, ოჯახური სტატუსის, საცხოვრებელი ადგილის) მქონე 18 წელს ზემოთ ასაკის ქართულ ენაზე მოსაუბრე საქართველოს მოქალაქეები.

კვლევის ინსტრუმენტად განისაზღვრა საერთაშორისო CAM (Cancer Awareness Measure) კითხვარი (ვერსია 2.1, განახლებული 09.02.11 წ) , რომელიც სპეციალურად შექმნილია და ვალიდირებულია კიბოს სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის და ასევე დახმარების თხოვნის ბარიერების შესაფასებლად.

გამოიკითხა 385 ადამიანი. სტატისტიკური ანალიზისათვის გამოყენებული იქნა SPSS SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp).

კვლევის თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

კვლევის შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემებია ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და სამოქმედო გეგმის განსაზღვრისთვის. პრაქტიკულ სარგებელს წარმოადგენს პროგრამები, რომელიც გულისხმობს ფოკუსირებულ განათლებას, ხელმისაწვდომ სკრინინგს და საზოგადოებრივ ჩართულობას, განსაკუთრებით იმ ჯგუფებში, სადაც ინფორმირებულობის დონე უფრო დაბალია, თანამდევი ფინანსური და

ლოგისტიკური ბარიერების აღმოფხვრით, ადრეული კიბოს გამოვლენისა და მოვლის გასაუმჯობესებლად.

კვლევის შედეგების მოსალოდნელი სამეცნიერო სიახლე, პრაქტიკული ღირებულება და ცოდნის ახალი სახე

კვლევის ფარგლებში პირველად საქართველოში განისაზღვრა მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე, მიდგომები და ქცევა ონკოლოგიურ დაავადებებთან მიმართებაში და გამოვლინა ადრეული დაიგნოსტიკის ძირითადი ხელისშემშლელი ბარიერები. კვლევის შედეგების და ქცევის განმსაზღვრელი ძირითადი თეორიების გამოყენების საფუძველზე, შემუშავდა რეკომენდაციები ჯანდაცვის სექტორისა და დაინტერესებული პირებისთვის, რომლის მიზანიც არის კიბოს პრევენციის და ადრეული გამოვლინების ეფექტური პოლიტიკის და ინტერვენციების შემუშავება და დანერგვა, რომელიც მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შეამცირებს კიბოთი გამოწვეულ ავადობას და სიკვდილობას.

1. პირველად საქართველოში, მოხდა ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასება ქართულ ენაზე ადაპტირებული და ვალიდირებული საერთაშორისო ინსტრუმენტის CAM (Cancer Awareness Measure) გამოყენებით, რაც ამ სტანდარტიზებული ინსტრუმენტის სამომავლო კვლევებში დანერგვის და გამოყენების შესაძლებლობას იძლევა.
2. პირველად საქართველოში შეფასდა სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე, რაც გულისხმობს კიბოს სიმპტომების, რისკ-ფაქტორებისა და არსებული სკრინინგული კვლევების შესახებ ცოდნას.
3. შეფასდა სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონის კავშირი სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებთან.
4. კვლევაში გამოვლინდა ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე, განსაკუთრებით მამაკაცებში, სოფლის მოსახლეობასა და დაბალი შემოსავლის ჯგუფებში.
5. მიგნებები ხაზს უსვამს საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოლიტიკის საჭიროებას, რომელიც მიმართულია დაბალი ცნობიერების,

დაგვიანებული დიაგნოზისა და შეზღუდული სკრინინგის პრობლემების მოგვარებაზე.

6. კვლევის შედეგები ხაზს უსვამს შემოსავლისა და გენდერის მიხედვით მორგებული განათლების, საზოგადოებრივი ჩართულობის, სკოლების პროგრამებისა და სოფლის მხარდაჭერის გზით ცნობიერების დონის ამაღლების აუცილებლობას.
7. აღნიშნული კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია შეიქმნას მტკიცებულებაზე დაფუძნებული რეკომენდაციები სახელმწიფო და არასახელმწიფო ინსტიტუციებისთვის.
8. კვლევა პირველი პრეცედენტია, საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასების მიმართულებით, რამაც შესაძლებელია საფუძველი შეუქმნას წარმომადგენლობითი მონაცემების შეგროვებას 2025–2030 წლების კიბოს კონტროლის ეროვნული გეგმისთვის.

ნაშრომის აპრობაცია:

სადისერტაციო ნაშრომის დებულებები და შედეგები მოხსენებულია The 11th International Conference on Public Health 2025, 7 – 9 აგვისტო, 2025, ბანგკოკი, ტაილანდი

დისერტაციის თემასთან დაკავშირებული პუბლიკაციების ნუსხა:

1. Gachechiladze K., Ganugrava N., (2023). Assessment of Public Awareness of Oncological Diseases in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 7(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.12>
2. Gachechiladze, K., Kiladze, I., Beruchashvili, T., Jakeli, K., Kechakmadze, I., & Ganugrava, N. (2026). Cancer awareness in Georgia: A cross-sectional study of knowledge gaps in symptoms, risk factors, and screening programs. Journal of Public Health Research, 15(1). <https://doi.org/10.1177/22799036261423726>

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია მოიცავს შესავალს, ოთხ თავს, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, დანართებს და გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალს. დისერტაცია დაწერილია 148 გვერდზე, APA-ს სტილის დაცვით, ნაშრომში ჩართულია 33 ცხრილი და 27 დიაგრამა. გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი მოიცავს 77 წყაროს.

1. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1 კიბოს ეპიდემიოლოგია და კლინიკური მახასიათებლები

ონკოლოგიური დაავადებები წარმოადგენს პათოლოგიურ მდგომარეობათა ფართო და ჰეტეროგენულ ჯგუფს, რომელიც ხასიათდება სიმსივნური უჯრედების არაკონტროლირებადი ზრდითა და პროლიფერაციით. აღნიშნული პროცესის საფუძველს წარმოადგენს უჯრედული რეგულაციის ნორმალური მექანიზმების დარღვევა, რის შედეგადაც უჯრედები კარგავენ გაყოფის, დიფერენცირების და აპოპტოზის კონტროლის უნარს. სიმსივნური უჯრედების ასეთი ქცევა განაპირობებს ნეოპლაზმური ქსოვილის ჩამოყალიბებას, რომელიც შეიძლება გამოიხატოს როგორც ლოკალური მასის ფორმირებით, ასევე სისტემური გავრცელებით.

ონკოლოგიური დაავადებები აერთიანებს 200-ზე მეტ სხვადასხვა ნოზოლოგიურ ერთეულს, რომელთა განვითარება დაკავშირებულია დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავის (დნმ) სტრუქტურული ან ფუნქციური დაზიანებებით. აღნიშნული დაზიანებები იწვევს გენეტიკურ მუტაციებს, რომლებიც ზემოქმედებენ უჯრედის ზრდის, დაყოფისა და გადარჩენის მარეგულირებელ გენებზე. შედეგად, უჯრედები იწყებენ უკონტროლო გამრავლებას და ყალიბდება პათოლოგიური უჯრედული მასა, რომელსაც სიმსივნე ეწოდება. მუტაციური პროცესები შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ენდოგენური ფაქტორებით, ასევე გარემო ზემოქმედებებით, მათ შორის ქიმიური, ფიზიკური და ბიოლოგიური აგენტებით.

სიმსივნური უჯრედების ერთ-ერთ მთავარ ბიოლოგიურ თვისებას წარმოადგენს ინვაზიური პოტენციალი, რაც გულისხმობს მათ უნარს, შეიჭრან ახლომდებარე ჯანმრთელ ქსოვილებში და დაარღვიონ მათი სტრუქტურული მთლიანობა. გარდა ლოკალური ინვაზიისა, ავთვისებიანი სიმსივნეები ხასიათდებიან მეტასტაზირების უნარით, რაც გულისხმობს სიმსივნური უჯრედების გავრცელებას პირველადი კერიდან დისტანციურ ორგანოებში ლიმფოგენური ან ჰემატოგენური გზით. აღნიშნული პროცესი წარმოადგენს დაავადების პროგრესირების ყველაზე რთულ და სიცოცხლისთვის საშიშ ეტაპს.

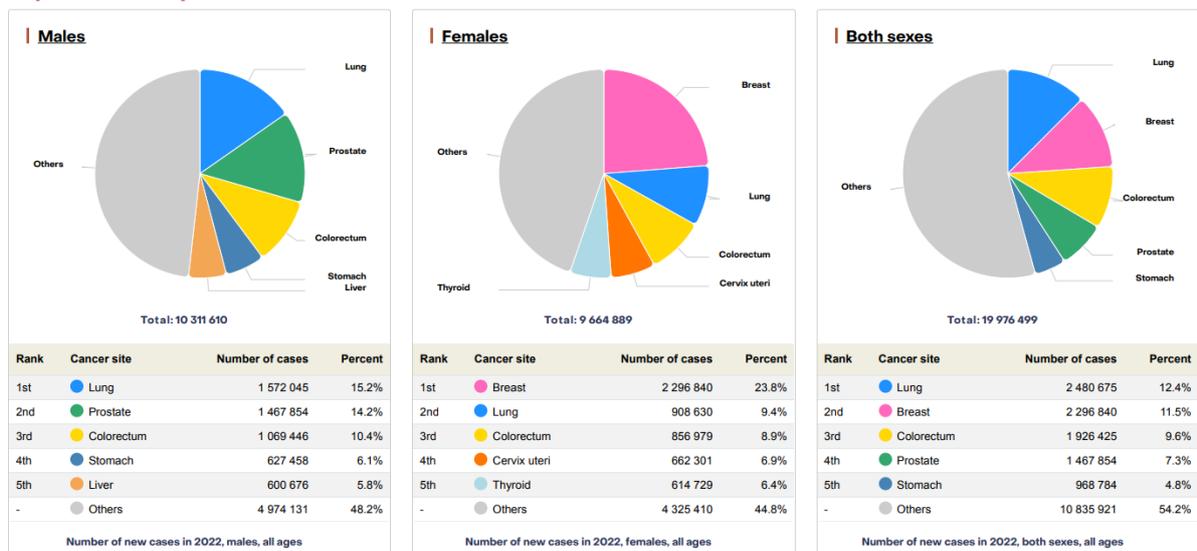
არსებობს ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეები. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, როგორც წესი, ხასიათდებიან ნელი ზრდით და არ იჩენენ ინვაზიისა და მეტასტაზირების უნარს, რის გამოც მათი კლინიკური მიმდინარეობა შედარებით კეთილსაიმედოა. განსხვავებით მათგან, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ანუ კიბო, შეიძლება გავრცელდეს მთელ ორგანიზმში და მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებს, რაც განაპირობებს მათ მაღალ კლინიკურ და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის მნიშვნელობას.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს მონაცემების მიხედვით, 2022 წელს მსოფლიოში დაფიქსირდა კიბოს 19.3 მილიონი ახალი შემთხვევა (Bray et al., 2024). კიბო წარმოადგენს სიკვდილობის მეორე მიზეზს მთელს მსოფლიოში, რაც ნიშნავს, რომ ყოველწლიურად ონკოლოგიური დაავადებებით გარდაცვლილთა რიცხვი თითქმის 10 მილიონს აღწევს (Ferlay et al., 2021).

ყველაზე გავრცელებული კიბო 2022 წლის მონაცემებით (კიბოს ახალი შემთხვევების მიხედვით) არის: ფილტვის (2.48 მლნ შემთხვევა), ძუძუს (2.3 მლნ შემთხვევა), მსხვილი ნაწლავის (1.93 მლნ შემთხვევა), პროსტატის (1.47 მლნ შემთხვევა) და კუჭის (0.97 მლნ შემთხვევა).

დიაგრამა 1. გავრცელების მხრივ 5 ყველაზე ხშირი კიბო მსოფლიოში

Top 5 most frequent cancers**



ყველაზე გავრცელებული სიმსივნის ტიპები ქვეყნებს შორის განსხვავებულია.

ყველაზე ხშირი მიზეზი კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის 2022 წლისთვის იყო: ფილტვის (1.80 მლნ სიკვდილის შემთხვევა), მსხვილი ნაწლავის (904 000 სიკვდილის შემთხვევა), ღვიძლის (758 000 სიკვდილის შემთხვევა), ძუძუს (666 000 სიკვდილის შემთხვევა), კუჭის (660 000 სიკვდილის შემთხვევა).

პაციენტის სიცოცხლის პროგნოზი დიდწილად განისაზღვრება იმით, თუ დაავადება რა სტადიაზე დგინდება. მაგალითად, ძუძუს კიბოს შემთხვევაში ადრეულ ეტაპზე გამოვლენისას ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი თითქმის 100%-ს აღწევს, მაშინ როდესაც გვიან სტადიაზე დიაგნოზის დასმისას იგი დაახლოებით 30%-მდე მცირდება. ანალოგიური სურათი შეინიშნება სხვა ონკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაშიც: მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენისას ხუთწლიანი გადარჩენა შეადგენს დაახლოებით 90%-ს, ხოლო გვიან ეტაპზე — მხოლოდ 10%-ს. ფილტვის კიბოს შემთხვევაში კი ადრეულ და გვიან სტადიებზე გადარჩენის მაჩვენებლები შესაბამისად დაახლოებით 60% და 10%-ია (Niksic et al., 2016/ნიკშიცი და სხვები, 2016; Walters et al., 2013/ვოლტერსი და სხვები, 2013).

მსოფლიო სტატისტიკის მიხედვით, მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენადობის ტენდენცია შეინიშნება (Arnold et al., 2019/არნოლდი და სხვები, 2019), თუმცა საშუალო და დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში სიტუაცია განსხვავებულია.

საქართველოს სტატისტიკას რაც შეეხება, 2023 წელს საქართველოში დარეგისტრირდა 11,625 ახალი კიბოს შემთხვევა (სიხშირე 312.9 ერთზე 100,000 მოსახლეზე).

ქალებში ყველაზე ხშირი იყო ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, კოლორექტალური, საშვილოსნოს სხეულის და საკვერცხის კიბო, ხოლო მამაკაცებში — პროსტატის, ფილტვის, კოლორექტალური, შარდის ბუშტის და კუჭის კიბო. ახალი შემთხვევების 40.2% დიაგნოზირებული იყო III–IV სტადიაზე, 37.2% — I–II სტადიაზე; დანარჩენებში სტადია მითითებული არ იყო (National Centre for Disease Control [NCDC], 2023/დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023). პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით, მჭიდრო კავშირია ადრეულ დიაგნოზსა და ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელთან — 90% I სტადიის პაციენტებში და 27% IV სტადიის პაციენტებში. ეს ტენდენციები ხაზს უსვამს

გვიან სტადიაზე კიბოს აღმოჩენის უარყოფით გავლენას გადარჩენაზე (National Centre for Disease Control [NCDC], 2023/დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023). საქართველოს 5 წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები კვლავ დაბალია მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებთან შედარებით — მაგალითად, ძუძუს კიბოს შემთხვევაში გადარჩენა საქართველოში 79%-ია (National Centre for Disease Control [NCDC], 2023/დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023), ხოლო აშშ-ში 91% (NHS England, 2023/ინგლისის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა, 2023), ხოლო კოლორექტა/დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023ლური კიბოს შემთხვევაში — 49.5% (National Centre for Disease Control [NCDC], 2023) და ავსტრალიაში 71% (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2021/ავსტრალიის ჯანდაცვის და კეთილდღეობის ინსტიტუტი, 2021), (Georgia's Cancer Registry, 2022/საქართველოს კიბოს რეგისტრი, 2022).

კიბოს სიმპტომები

კიბოს მიერ გამოწვეული სიმპტომები და ნიშნები დამოკიდებულია იმაზე, თუ სხეულის რომელი ნაწილია იგი განვითარებული. ზოგიერთი ძირითადი სიმპტომი და ნიშანი, რომელიც ასოცირებულია, მაგრამ არა სპეციფიკური სიმსივნისთვის, შემდეგია: სისუსტე, ახალწარმონაქმნი, ან კანქვეშ გასქელება, წონის ცვლილება - აუხსნელი კლება, ან მატება, კანის ცვლილებები, ისეთი როგორცაა სიყვითლე, ან სიწითლე, შეუხორცებელი იარა, ან არსებული ხალის ცვლილებები, კუჭ-ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ ცვლილებები, გახანგრძლივებული ხველა ან გაძნელებული სუნთქვა, ყლაპვის გაძნელება, ხმის ჩახლეჩვა, გახანგრძლივებული საჭმლის მონელების დარღვევა ან დისკომფორტი ჭამის შემდეგ, კუნთების ან სახსრების გახანგრძლივებული, აუხსნელი ტკივილი, გახანგრძლივებული, აუხსნელი ცხელება ან ღამის ოფლიანობა, აუხსნელი სისხლდენა ან სისხლჩაქცევა (Mayo Clinic, n.d./მეიოს კლინიკა).

კიბოს გამომწვევი მიზეზები

კიბო ვითარდება ნორმალური უჯრედების კიბოს უჯრედებად გარდაქმნის მრავალსაფეხურიანი პროცესის შედეგად. ეს ცვლილებები წარმოადგენს

ურთიერთქმედების შედეგს ადამიანის გენეტიკურ ფაქტორებსა და 3 კატეგორიის გარეგან ფაქტორებს შორის, რომელიც გულისხმობს:

1. ფიზიკურ კანცეროგენებს, ისეთი როგორიცაა ულტრაიისფერი და მაიონიზებული რადიაცია,
2. ქიმიურ კანცეროგენებს, ისეთი როგორიცაა აზბესტი, თამბაქოს შემადგენელი კომპონენტები, ალკოჰოლი, აფლატოქსინი (საკვების დამაბინძურებელი), და დარიშხანი (სასმელი წყლის დამაბინძურებელი),
3. ბიოლოგიურ კანცეროგენებს, როგორიცაა გარკვეული ვირუსით, ბაქტერიით ან პარაზიტით გამოწვეული ინფექციები.

კიბოს ახალი შემთხვევები დრამატულად იზრდება ასაკთან ერთად, რაც გამოწვეულია ასაკთან ერთად სხვადასხვა სიმსივნის რისკის ფაქტორების დაგროვებით. ზოგადი რისკის მატებასთან ერთად ასაკთან ერთად ადგილი აქვს უჯრედის აღდგენის მექანიზმების ეფექტურობის შემცირებას.

კიბოს რისკ-ფაქტორები

თამბაქო, ალკოჰოლის მოხმარება, არაჯანსაღი დიეტა, ფიზიკური აქტივობის შემცირება, ჰაერის დაბინძურება წარმოადგენს კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორებს.

კიბოს რისკ-ფაქტორებია ასევე ზოგიერთი ქრონიკული ინფექცია. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის. 2018 წელს მსოფლიოში დიაგნოსტირებული სიმსივნეების დაახლოებით 13% მიეწერება კანცეროგენულ ინფექციებს, როგორიცაა *Helicobacter pylori*, ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV), B ჰეპატიტის ვირუსი, C ჰეპატიტის ვირუსი, და ებშტეინ-ბარის ვირუსი (de Martel et al., 2020/ დე მარტელი და სხვები, 2020). B და C ჰეპატიტის ვირუსები და HPV ზოგიერთი ტიპი ზრდის ღვიძლის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკს.

1.2 კიბოს დიაგნოსტიკა

კიბოს დიაგნოსტიკა თანამედროვე ონკოლოგიის ერთ-ერთ ყველაზე კრიტიკულ და მრავალგანზომილებიან კომპონენტს წარმოადგენს. დაავადების დროული და ზუსტი გამოვლენა პირდაპირ განსაზღვრავს მკურნალობის ტაქტიკას, პროგნოზს და პაციენტის გადარჩენის მაჩვენებლებს. ბოლო ათწლეულებში დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ კიბოს მართვის პროცესი მნიშვნელოვნად შეცვალა და საფუძველი ჩაუყარა პერსონალიზებული მედიცინის კონცეფციას.

ონკოლოგიური დიაგნოსტიკის საწყის ეტაპს წარმოადგენს პაციენტის კლინიკური შეფასება, რომელიც მოიცავს დეტალურ ანამნეზს, სიმპტომატიკის სისტემურ ანალიზსა და ფიზიკურ გამოკვლევას. ექიმი აფასებს როგორც არასპეციფიკურ, ისე სპეციფიკურ სიმპტომებს, მაგალითად გაურკვეველი წონის კლებას, ქრონიკულ დაღლილობას, ტკივილს ან ორგანოს ფუნქციის დარღვევას. კლინიკური მონაცემები საშუალებას იძლევა მოხდეს პაციენტის რისკის სტრატეგიკაცია და განსაზღვრულ იქნას შემდგომი დიაგნოსტიკური ალგორითმი.

კიბოს დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გამოსახულებითი კვლევები, რომლებიც უზრუნველყოფს სიმსივნური პროცესის ვიზუალიზაციას. რენტგენოგრაფია და ულტრაბგერითი კვლევა ხშირად გამოიყენება როგორც პირველადი სკრინინგის მეთოდები, მაშინ როდესაც კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT) და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (MRI) იძლევა მაღალი რეზოლუციის ანატომიურ ინფორმაციას. პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფია (PET), განსაკუთრებით PET/CT კომბინაციაში, საშუალებას იძლევა შეფასდეს სიმსივნის მეტაბოლური აქტივობა, რაც მნიშვნელოვანია ავთვისებიანობის ხარისხისა და მეტასტაზური გავრცელების დასადგენად. გამოსახულებითი დიაგნოსტიკა წარმოადგენს დაავადების სტადირების ფუნდამენტურ კომპონენტს, რაც პირდაპირ განსაზღვრავს თერაპიულ სტრატეგიას.

კიბოს დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტად კვლავ რჩება ჰისტოპათოლოგიური კვლევა, რომელიც ხორციელდება ბიოფსიური მასალის საფუძველზე. ბიოფსია უზრუნველყოფს ნეოპლაზმის მორფოლოგიური სტრუქტურის, დიფერენციაციის ხარისხისა და ავთვისებიანობის დონის შეფასებას. თანამედროვე პათოლოგიური დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვნად სცდება ტრადიციულ მიკროსკოპიულ ანალიზს და მოიცავს იმუნოჰისტოქიმიურ მეთოდებს, რომლებიც საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს

სპეციფიკური ანტიგენების ექსპრესია. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმსივნის ტიპის ზუსტი კლასიფიკაციისა და პროგნოზული ფაქტორების განსაზღვრისთვის.

ლაბორატორიული კვლევები ასევე წარმოადგენს ონკოლოგიური დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვან ნაწილს. სისხლის ზოგადი და ბიოქიმიური ანალიზები იძლევა ინფორმაციას ორგანოთა ფუნქციური მდგომარეობის შესახებ და ხელს უწყობს პაციენტის საერთო მდგომარეობის შეფასებას. სიმსივნური მარკერები, როგორცაა PSA, CA-125, CEA და AFP, გამოიყენება როგორც დამხმარე დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტები. თუმცა მათი სპეციფიკურობა და მგრძობელობა შეზღუდულია, რის გამოც ისინი იშვიათად გამოიყენება დამოუკიდებლად პირველადი დიაგნოზის დასადგენად და უფრო მეტად გამოიყენება დაავადების მიმდინარეობის მონიტორინგისა და რეციდივის ადრეული გამოვლენის მიზნით.

თანამედროვე ონკოლოგიაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოლეკულურ და გენეტიკურ დიაგნოსტიკას. გენომური სეკვენირება, პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR), ფლუორესცენტული ინ სითუ ჰიბრიდიზაცია (FISH) და სხვა მოლეკულური მეთოდები საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს კონკრეტული გენეტიკური მუტაციები და ქრომოსომული ანომალიები. ეს მონაცემები კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მიზნობრივი თერაპიისა და იმუნოთერაპიის არჩევისას, რადგან მრავალი თანამედროვე მედიკამენტი ეფექტურია მხოლოდ კონკრეტული მოლეკულური ცვლილებების არსებობის შემთხვევაში.

ბოლო წლებში აქტიურად ვითარდება ე.წ. „თხევადი ბიოფსიის“ კონცეფცია, რომელიც ეფუძნება სისხლში ცირკულირებადი სიმსივნური დნმ-ის, რნმ-ის ან სიმსივნური უჯრედების გამოვლენას. ეს არაინვაზიური მეთოდი განსაკუთრებულ პერსპექტივას წარმოადგენს დაავადების დინამიკის მონიტორინგისა და თერაპიული რეზისტენტობის ადრეული გამოვლენის თვალსაზრისით, თუმცა მისი ფართო კლინიკური დანერგვა ჯერ კიდევ კვლევის ეტაპზეა.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ კიბოს დიაგნოსტიკა წარმოადგენს კომპლექსურ, ინტერდისციპლინურ პროცესს, რომელიც აერთიანებს კლინიკურ შეფასებას, გამოსახულებით კვლევებს, პათომორფოლოგიურ, ლაბორატორიულ და მოლეკულურ მეთოდებს. აღნიშნული ინტეგრირებული მიდგომა უზრუნველყოფს დიაგნოზის

მაქსიმალურ სიზუსტეს, რაც თანამედროვე ონკოლოგიური პრაქტიკისა და პერსონალიზებული მკურნალობის საფუძველს წარმოადგენს.

1.3 კიბოს ტვირთის შემცირება

უნდა აღინიშნოს, რომ კიბოს ახალი შემთხვევების დაახლოებით ნახევრის პრევენცია შესაძლებელია რისკის ფაქტორებზე ზემოქმედებითა (World Health Organization [WHO], 2022/ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2022) და მტკიცებულებებზე დამყარებული პრევენციული მიდგომების ეფექტიანი დანერგვით. ამასთანავე, ონკოლოგიური დაავადებების ტვირთის შემცირებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მათი ადრეული გამოვლენა და შესაბამისი, დროულად დაწყებული მკურნალობა.

კიბოს შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება შესაძლებელია მაშინ, როდესაც დაავადება დროულად გამოვლინდება და პაციენტი შესაბამის მკურნალობას მიიღებს. ადრეული გამოვლენის პროცესში ერთმანეთისგან განასხვავებენ ორ ძირითად კომპონენტს: ადრეულ დიაგნოსტიკასა და სკრინინგს.

ადრეული დიაგნოსტიკა

დაავადების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკისას მკურნალობის ეფექტიანობის შანსი მნიშვნელოვნად მატულობს. ამის შედეგად იზრდება პაციენტების გადარჩენის მაჩვენებელი და მცირდება სიკვდილიანობა, ხოლო არანაკლებ მნიშვნელოვანი ფაქტორია ისიც, რომ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები ნაკლები ხდება. კიბოს დროული გამოვლენა და თერაპიის ადრეული დაწყება ხელს უწყობს ონკოლოგიური პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ადრეული დიაგნოსტიკა მოიცავს 3 კომპონენტს:

1. მოსახლეობის მიერ სიმსივნის სხვადასხვა ფორმის დამახასიათებელი სიმპტომების შესახებ ცოდნა და პრობლემის აღმოჩენის შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების ძიების მნიშვნელობის გააზრება,
2. კლინიკური კვლევების და სადიაგნოსტიკო სერვისების ხელმისაწვდომობა,
3. მკურნალობის სერვისებზე პაციენტების დროული მიმართვა.

სიმპტომური სიმსივნური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა სარგებლის მომტანია სიმსივნეების უმეტესობის შემთხვევაში. კიბოს საწინააღმდეგო პროგრამების დაგეგმვა უნდა მოხდეს ისე, რომ მაქსიმალურად შემცირდეს კიბოს დიაგნოსტიკის, და მკურნალობის დაწყების დაყოვნება და ბარიერები.

სკრინინგი

სკრინინგული კვლევები მთელს მსოფლიოში, და მათ შორის საქართველოშიც, ტარდება 3 ტიპის კიბოს მიმართულებით: მსხვილი ნაწლავის, საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს. სკრინინგული კვლევების მიზანია კიბოს წინა მდგომარეობების და კიბოს ადრეული სტადიების გამოვლენა, სანამ სიმპტომები განვითარდება. როდესაც სკრინინგის დროს დარღვევები ვლინდება, ამას უნდა მოჰყვეს დიაგნოზის დასადასტურებელი შემდგომი ტესტები, და ასევე მკურნალობაზე პაციენტის მიმართვა, თუ კიბოს დიაგნოზი დადასტურდა.

სკრინინგის მთავარი მიზანია ჯანმრთელ მოსახლეობაში სიმსივნური წინარე ცვლილებებისა და კიბოს საწყის, ძალიან ადრეული სტადიების გამოვლენა, როდესაც მკურნალობა შესაძლებელია მაღალი ეფექტიანობით და განკურნების დიდი ალბათობით.

სკრინინგული პროგრამების ეფექტიანობა ნათლად არის დადასტურებული. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი ითვლება კოლორექტული კიბოს განვითარების რისკის შემცირების ერთ-ერთ მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ მეთოდად (Andersen et al., 2022, ანდერსენი და სხვები, 2022).

მაგალითად, შეერთებულ შტატებსა და ევროპაში ჩატარებულ მეტა-ანალიზში, რომელშიც მონაწილეობდა 416,159 ადამიანი, დადგინდა, რომ დრეკადი სიგმოიდოსკოპიის გამოყენებით სკრინინგი ასოცირდებოდა მსხვილი ნაწლავის კიბოს ახალი შემთხვევების შედარებითი რისკის 18%-ით შემცირებასთან და ამ დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 28%-ით შემცირებასთან. გარდა ამისა, დაახლოებით 320,000 პაციენტის ჩართულობით ჩატარებული რანდომიზებული კვლევების მეტა-ანალიზი, რომლის შემდგომი დაკვირვების ხანგრძლივობა 8-დან 18 წლამდე მერყეობდა, ადასტურებს, რომ განავალში ფარული სისხლდენის ტესტით სკრინინგის ადრეული შეთავაზება მსხვილი ნაწლავის კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობას 16%-ით ამცირებს (Elmunzer et al., 2012/ელმუნზერი და სხვები, 2012). ჩეხეთში ნაციონალური სკრინინგ პროგრამა 2000

წლიდან ფუნქციონირებს, რამაც განაპირობა 2006-2010 წლებში მსხვილი ნაწლავის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის 20%-ით შემცირება 1995-1999 წლებთან შედარებით (Zavoral et al., 2014/ზავორალი და სხვები, 2014).

ზემოთ აღწერილი კლინიკური სარგებლის გარდა, სკრინინგს მნიშვნელოვანი ეკონომიკური უპირატესობაც გააჩნია. ადრეულ სტადიაზე გამოვლენილი სიმსივნის შემთხვევაში სრული განკურნების ალბათობა ძალიან მაღალია, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ხანგრძლივ, ქრონიკულ მკურნალობასთან დაკავშირებულ ფინანსურ ხარჯებს (Bomb et al., 2014/ბომბი და სხვები, 2014)

იმის მიუხედავად, რომ სკრინინგული პროგრამები საქართველოში სრულად ფინანსდება სახელმწიფოს მხრიდან, სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობა კვლავ ძალიან დაბალია. 2020 წლის მონაცემებით, ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებელი მხოლოდ 11%-ს შეადგენს, ხოლო მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის მოცვა კიდევ უფრო დაბალია და მხოლოდ 4.4%-ს აღწევს (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა, n.d.). დასავლეთ ევროპის სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვაჩვენებს, რომ კიბოთი დაავადების მაჩვენებელმა მანამდე არ მიაღწია ოპტიმალურ კლებას, სანამ მოცვის მაჩვენებელი 75%-მდე არ გაიზარდა (კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017–2020, 2017) შესაბამისად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ სკრინინგული პროგრამების ეფექტურობა საქართველოში ძალიან დაბალია.

სკრინინგული პროგრამების არსებობის შემთხვევაშიც, ადრეული დიაგნოსტიკის პროგრამები მაინც საჭიროა იმ ადამიანებში კიბოს აღმოსაჩენად, რომლებიც არ შეესაბამებიან სკრინინგის კრიტერიუმებს ასაკის ან რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით.

სკრინინგის პროგრამებისთვის პაციენტების სელექცია დაფუძნებულია ასაკსა და რისკ-ფაქტორებზე, ზედმეტი ცრუ დადებითი შედეგების თავიდან ასაცილებლად.

სკრინინგი, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, მთელს მსოფლიოში ტარდება 3 ტიპის კიბოსთვის: ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს მიმართულებით. სკრინინგის მეთოდებია:

PAP ტესტი - საშვილოსნოს ყელის სიმსივნისთვის

მამოგრაფია - მკერდის კიბოსთვის

განავლის ფარული სისხლდენის ტესტი და კოლონოსკოპია - მსხვილი ნაწლავის კიბოსთვის.

ადრეული დიაგნოსტიკა: საერთაშორისო გამოცდილება და ბარიერები

კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ელემენტს დაავადების მართვაში, რადგან აღნიშნული მიდგომა მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობის ეფექტიანობას და ამცირებს სიკვდილიანობას. საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ადრეული აღმოჩენა ყველაზე ეფექტურად მუშაობს, როდესაც ის კომბინირებულია კიბოს სკრინინგულ პროგრამებთან, მოსახლეობის განათლებასთან და ჯანდაცვის სისტემის ხელმისაწვდომობასთან.

ადრეული დიაგნოსტიკის ბარიერები შეიძლება დაყოფილი იქნას სისტემურ, ფინანსურ, კულტურულ და ფსიქოლოგიურ კატეგორიებად, რომლებიც კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკაზე უშუალო გავლენას ახდენენ.

სისტემური ბარიერები

ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა: განვითარებულ ქვეყნებში (შვედეთი, გერმანია, აშშ) ადრეული დიაგნოსტიკა ხელმისაწვდომია ფართო ქსელში: სპეციალისტები, თანამედროვე ლაბორატორიები, კვლევითი ცენტრები. განვითარებად ქვეყნებში ინფრასტრუქტურა შეზღუდულია, სკრინინგები ხშირად მხოლოდ ქალაქებშია შესაძლებელი.

პროცედურების სტანდარტიზაცია: დასავლურ ქვეყნებში სკრინინგის პროტოკოლები სტანდარტიზებულია და მონიტორინგი ცენტრალიზებულია (მაგ., UK NHS). ბევრ განვითარებად ქვეყანაში პროცედურები ფრაგმენტულია, ხარისხის კონტროლი სუსტია.

მონიტორინგი და მონაცემები: ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემა (კანადა, ნიდერლანდები) უზრუნველყოფს ადრეული ჩარევის ეფექტიანობის თვალთვალს. განვითარებად ქვეყნებში მონაცემთა შეგროვება ხშირად არ არის სისტემატიზებული.

ფინანსური ბარიერები

სერვისების ღირებულება: მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში სკრინინგის პროგრამები ხშირად უფასოა ან სუბსიდირებულია, რაც ზრდის ჩართულობას.

დამატებითი ხარჯები: განვითარებად ქვეყნებში ტრანსპორტი, დამატებითი ტესტები ან კერძო სერვისები შესაძლოა დაბრკოლება იყოს დაბალი შემოსავლიანი ჯგუფებისთვის.

კულტურული და სოციალური ბარიერები

სტიგმა: ზოგი ქვეყანა (მაგ., აფრიკის ნაწილი, სამხრეთ აზია) ავადმყოფობის სტიგმის გამო მოსახლეობა თავს არიდებს სკრინინგს.

სოციალური ცნობიერება: დასავლეთში მოსახლეობა გაცილებით ინფორმირებულია; სკოლებში, მედია კამპანიებში და ჯანდაცვის პროგრამებში ცნობიერების ამაღლება სისტემატიზებულია. განვითარებად ქვეყნებში ინფორმაცია შეზღუდულია, ბევრი მოსახლე ვერ აღიქვამს ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობას.

გენდერული ნორმები: ზოგ რეგიონში ტრადიციული როლები ხელს უშლის ქალების ან მამაკაცების ჩართულობას სკრინინგში.

ფსიქოლოგიური ბარიერები

შიში დაავადების მიმართ: მრავალი ქვეყანა აწყდება ამ პრობლემას, განსაკუთრებით ონკოლოგიურ სკრინინგებში; შიში, სტრესი და ანტიპათია პროცედურების მიმართ იწვევს დაბრკოლებას.

პროცედურების დისკომფორტი: მაგალითად, კოლონოსკოპია, ციტოლოგიური ან ზოგადი ტესტები შეუძლებელია იყოს სასიამოვნო; ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ხშირად არ არის განვითარებულ ან განვითარებად ქვეყნებშიც.

ტექნოლოგიური და სამეცნიერო ბარიერები

დაგვიანებული ტესტების დანერგვა: ზოგ განვითარებულ ქვეყანაში ახალი სკრინინგული ტექნოლოგიები სწრაფად დანერგილია, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში - თაობებით ჩამორჩება.

ტექნიკური ექსპერტიზის ნაკლებობა: ლაბორატორიული ან ინტერპრეტაციის პროფესიონალების ნაკლებობა აფერხებს მაღალი ხარისხის დიაგნოსტიკას.

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ბარიერები ძირითადად ფსიქოლოგიური ან სოციალური ხასიათისაა, ინფრასტრუქტურა და ფინანსური ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში ბარიერები მრავალშრიანია –

სისტემური, ფინანსური, კულტურული და ტექნოლოგიური; ინტერენციული ჩარევების ნაკლებობა ზრდის გვიან გამოვლენას.

ეფექტური ადრეული დიაგნოსტიკა მხოლოდ მრავალფაქტორული მიდგომით ხდება შესაძლებელი, ყველა კომპონენტის ჩართულობით, როგორცაა: ინფრასტრუქტურა, განათლება, ხელმისაწვდომობა, სოციალური მხარდაჭერა.

სკრინინგული პროგრამების ეფექტიანობა მკვეთრად განსხვავდება ქვეყნებსა და რეგიონებს შორის. განვითარებულ ქვეყნებში, როგორცაა მაგალითად შვედეთი, ნორვეგია, სკრინინგული სისტემები მაღალ დონეზეა ორგანიზებული და მოსახლეობის ფართო ჯგუფს მოიცავს. აქ, მაგალითისთვის, ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში ჩართულობის მაჩვენებელი ხშირად აღწევს 80–90%-ს, რაც პირდაპირ აისახება დაავადების გვიანი სტადიის შემთხვევების შემცირებაზე. განვითარებადი ქვეყნებში, პირიქით, დაბალი ჩართულობა და არათანაბარი ინფრასტრუქტურა იწვევს დიაგნოსტიკის დაგვიანებას და მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს.

ადრეული დიაგნოსტიკის პრაქტიკული მიდგომები მოიცავს რამდენიმე ძირითად კომპონენტს:

პოპულაციის სწორი სეგმენტირება: მიზნობრივი ჯგუფების იდენტიფიკაცია ასაკის, გენდერის, სოციალური სტატუსისა და რისკ-ფაქტორების მიხედვით.

სკრინინგული პროტოკოლების სტანდარტიზაცია: გამოყენება ესეთი სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მეთოდების, როგორცაა მამოგრაფია, პაპ ტესტები, ფეკალური იმუნოლოგიური ტესტები და სხვ.

საკომუნიკაციო სტრატეგიები: მოსახლეობის ინფორმირება სკრინინგის სარგებლიანობის, პროცედურის მარტივობისა და შესაძლო რისკების შესახებ, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ჩართულობას.

ჯანდაცვის სისტემის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა: სოფლად მცხოვრები მოსახლეობისთვის მობილური კლინიკები, ტელემედიცინა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერება.

საქართველოს სპეციფიკა ამ კონტექსტში მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა ბოლო წლებში მნიშვნელოვან რეფორმებს გადის, თუმცა კიბოს

ადრეული დიაგნოსტიკა კვლავ არ არის სრულად ინტეგრირებული ყველა რეგიონში. ხელმისაწვდომობის პრობლემა განსაკუთრებით აშკარაა სოფლად მცხოვრები მოსახლეობისათვის. სტატისტიკური მონაცემები აჩვენებს, რომ ძუძუსა, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის დონე თბილისში უფრო მაღალია, ვიდრე რეგიონებში. მსგავსი დისბალანსი მიუთითებს ინფრასტრუქტურულ, სისტემურ და კომუნიკაციურ ხარვეზებზე.

ადრეული დიაგნოსტიკის დაბრკოლებები საქართველოში მრავალმხრივი ბუნებისაა, მათ შორის აღსანიშნავია:

სისტემური დაბრკოლებები: ბევრ რეგიონში არ არსებობს საკმარისი რაოდენობის სპეციალისტი, აღჭურვილობა ან კლინიკური პროტოკოლები. ზოგჯერ სკრინინგული პროგრამები არ არის რეგულარულად ხელმისაწვდომი ან მათ შესახებ ინფორმაცია მოსახლეობამდე არ აღწევს.

ფინანსური ბარიერები: მიუხედავად იმისა, რომ ზოგი პროგრამა სახელმწიფო დაფინანსებულია, სერვისების მიღება ხშირ შემთხვევაში მოითხოვს დამატებით ხარჯებს ტრანსპორტირებისთვის, ლაბორატორიული ან გამეორებითი ტესტებისთვის, რაც დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისთვის პრობლემას ქმნის.

კულტურული და ფსიქოლოგიური ფაქტორები: სტიგმა, კიბოსადმი შიში, მორალური შეხედულებები და გენდერული როლები აფერხებს როგორც ქალებს, ისე მამაკაცებს საჭირო შემოწმებებზე მისვლაში. კვლევები აღნიშნავენ, რომ გარკვეულ რეგიონებში მოსახლეობის ნაწილი სკრინინგს აიგნორებს შიშის, მარცხის ან საზოგადოებრივი აზრის გამო.

ჯანმრთელობის ცნობიერების (წიგნიერების) ნაკლებობა: მოსახლეობის ნაწილი ვერ აღიქვამს ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობას, რის გამოც რეგულარულ შემოწმებებზე მიდის მხოლოდ სიმპტომების გამოჩენის შემთხვევაში. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია კიბოს ისეთი ტიპებისათვის, როგორცაა კოლორექტალური კიბო, რომელიც ადრეულ სტადიაზე ხშირად სიმპტომატური არაა.

1.4 კიბოს მკურნალობა

კიბოს მკურნალობა საჭიროებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას ონკოქირურგის, კლინიკური ონკოლოგის, პათოლოგის, რადიოლოგის და რადიაციული ონკოლოგის ჩართულობით. მკურნალობა როგორც წესი, მოიცავს ქირურგიას, რადიოთერაპიას, და/ან სისტემურ მკურნალობას (ქიმიოთერაპია, ჰორმონალური თერაპია, დამიზნებითი, ანუ ტარგეტული თერაპია, იმუნოთერაპია). კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის რეჟიმი უნდა იყოს პერსონალიზებული როგორც სიმსივნის, ასევე პაციენტის მახასიათებლების გათვალისწინებით.

პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს მკურნალობის მიზნის განსაზღვრა. კიბოს მკურნალობა შეიძლება ემსახურებოდეს ერთ ან რამდენიმე შემდეგ მიზანს: 1. განკურნება – კიბოს უჯრედების სრულად აღმოფხვრა, 2. კონტროლი – დაავადების ზრდისა და გავრცელების შეჩერება ან შენელება, 3. პალიატიური მკურნალობა – სიმპტომების შემსუბუქება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, 4. რეციდივის პრევენცია – კიბოს დაბრუნების რისკის შემცირება, 5. სიცოცხლის გახანგრძლივება – სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა, როდესაც სრული განკურნება შეუძლებელია.

რა თქმა უნდა, უპირველი მიზანი კიბოსგან განკურნება ან სიცოცხლის მნიშვნელოვნად გახანგრძლივებაა. ასევე მნიშვნელოვანია, პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. ამის მიღწევა შესაძლებელია პაციენტის ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი კარგად ყოფნის მხარდაჭერით და პალიატიური მოვლის უზრუნველყოფით კიბოს ტერმინალურ სტადიაზე.

კიბოს მკურნალობა მოიცავს სხვადასხვა მიდგომებს, რომლებიც მიზნად ისახავს კიბოს უჯრედების განადგურებას, სიმპტომების მართვას და პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. კიბოს მკურნალობის ძირითადი მეთოდები, როგორც უკვე ითქვა, მოიცავს ქირურგიას, რადიაციულ თერაპიას, მედიკამენტოზურ თერაპიას (რომელშიც შედის ქიმიოთერაპია, დამიზნებითი ანუ ტარგეტული თერაპია, იმუნოთერაპია და ჰორმონული თერაპია) და პალიატიური ზრუნვა. თითოეულ მკურნალობის ვარიანტს აქვს თავისი კონკრეტული ჩვენებები და შესაძლო გვერდითი მოვლენები.

ქირურგია

ქირურგია ერთ-ერთი უძველესი და ეფექტური მეთოდია კიბოს მკურნალობაში, განსაკუთრებით სოლიდური სიმსივნეების შემთხვევაში. იგი გულისხმობს სიმსივნური ქსოვილის ფიზიკურ მოცილებას. ქირურგია ხშირად წარმოადგენს კიბოს მკურნალობის ერთ-ერთ პირველ ხაზს. ჩატარებული ქირურგიის ტიპი დამოკიდებულია კიბოს ტიპზე, ადგილმდებარეობასა და სტადიაზე.

ქირურგიული მკურნალობის ტიპები

ტოტალური, განკურნებითი (curative) ქირურგია: მიზნად ისახავს კიბოს ქსოვილის მთლიანად მოცილებას. ეს ყველაზე ეფექტურია, როდესაც კიბო ლოკალიზებულია და არაა გავრცელებული სხეულის სხვა ნაწილებზე.

სუბ-ტოტალური (debulking) ქირურგია: იმ შემთხვევებში, როდესაც სიმსივნის სრული მოცილება შეუძლებელია, ამ ტიპის ქირურგია მიზნად ისახავს სიმსივნის მაქსიმალურად დიდი ნაწილის მოცილებას, რათა შემცირდეს კიბოს ტვირთი და გაუმჯობესდეს შემდგომი მკურნალობის ეფექტურობა.

დიაგნოსტიკური ქირურგია – ბიოფსიის ჩატარებისთვის.

პალიატიური ქირურგია: ქირურგიის ეს ტიპი არ არის განკუთვნილი კიბოს განკურნებისთვის, არამედ სიმსივნით გამოწვეული ისეთი სიმპტომების შემსუბუქებისთვის, როგორცაა ბლოკირება ან ტკივილი.

პრევენციული ქირურგია: ასევე ცნობილია როგორც პროფილაქტიკური ქირურგია, ამ ტიპის ქირურგია ტარდება ქსოვილის მოცილების მიზნით, რომელიც არ არის სიმსივნური, მაგრამ აქვს მაღალი ალბათობა, რომ მომავალში კიბოდ გარდაიქმნას.

რეკონსტრუქციული ქირურგია – ორგანოს ფუნქციის ან გარეგნობის აღდგენა.

ქირურგიულ მკურნალობას აქვს რიგი როგორც უპირატესობები, ასევე უარყოფითი მხარეები. ქირურგიის უპირატესობებია: კიბოს ქსოვილის დაუყოვნებლივ მოცილება,

სიმსივნის პათოლოგიური გამოკვლევის საშუალებით საბოლოო დიაგნოზის საშუალება.

უარყოფითი მხარეებია: არაეფექტურია გავრცელებული კიბოს შემთხვევაში, ქირურგიასთან დაკავშირებული რისკები, მათ შორის ინფექცია, სისხლდენა და ანესთეზიის გართულებები, შესაძლოა ფუნქციური ან ესთეტიკური ცვლილებები.

ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ საჭიროა ხანგრძლივი რეაბილიტაციის პერიოდი, და ქირურგია შესაძლოა არ მიესადაგებოდეს ყველა პაციენტს, განსაკუთრებით მათ, ვისაც პროგრესირებადი სიმსივნე აქვს.

რადიაციული თერაპია

რადიაციული თერაპიისთვის იყენებენ მაღალი ენერჯის ნაწილაკებს ან ტალღებს, როგორცაა რენტგენის ან გამა-ტალღები, კიბოს უჯრედების დნმ-ის დაზიანებისთვის, რაც აჩერებს მათ გამრავლებას. ეს შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც ძირითადი მკურნალობა, ასევე კომბინაციაში ქირურგიისა და ქიმიოთერაპიასთან.

რადიაციული თერაპიის ტიპებია:

გარედან მიმართული რადიაციული თერაპია (EBRT): ეს არის ყველაზე გავრცელებული ტიპი, როდესაც რადიაცია სხეულის გარედან არის მიმართული სიმსივნეზე.

შიდა რადიაციული თერაპია (ბრაქითერაპია): ამ დროს, რადიოაქტიური წყაროები განთავსებულია სიმსივნეში ან ძალიან ახლოს მასთან.

სისტემური რადიაციული თერაპია: ეს მოიცავს რადიოაქტიური ნივთიერებების ადმინისტრირებას, რომლებიც სისხლის ნაკადში გადაადგილდებიან და მიზანში იღებენ კიბოს უჯრედებს.

სტერეოტაქტიკური რადიოთერაპია – მაღალი სიზუსტით მცირე სიმსივნეების მკურნალობა

პროტონული თერაპია – ჯანსაღი ქსოვილის მინიმალური დაზიანებით

რადიაციული თერაპია აზიანებს კიბოს უჯრედების დნმ-ს, რაც ხელს უშლის მათ გაყოფასა და ზრდას. მიუხედავად იმისა, რომ მის ძირითად სამიზნეს კიბოს უჯრედები წარმოადგენს, მას ასევე შეუძლია გავლენა მოახდინოს მიმდებარე ჯანმრთელ ქსოვილებზე, რაც იწვევს მისი გვერდითი ეფექტების წარმოქმნას.

რადიაციული თერაპიის ზოგადი გვერდითი ეფექტები მოიცავს დაღლილობას, კანის გაღიზიანებას და ადგილობრივ ტკივილს, თმის ცვენას დამუშავებულ არეში. გრძელვადიანი ეფექტები შეიძლება მოიცავდეს კანის ცვლილებებს, ნაწიბურებს და ზოგიერთ შემთხვევაში, მეორადი კიბოს განვითარებას.

მედიკამენტოზური თერაპია

სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტოზური თერაპია შეიძლება კლასიფიცირდეს რამდენიმე კატეგორიად, თითოეული მათგანი განსხვავებული მოქმედების მექანიზმით ზემოქმედებენ კიბოს უჯრედებზე. ძირითადი კლასები მოიცავს ქიმიოთერაპიას, დამიზნებით, ანუ ტარგეტულ თერაპიას, იმუნოთერაპიას და ჰორმონულ თერაპიას.

ქიმიოთერაპია

ქიმიოთერაპია მოიცავს ციტოტოქსიური მედიკამენტების გამოყენებას სწრაფად გაყოფადი უჯრედების, მათ შორის კიბოს უჯრედების, გასანადგურებლად. მისი მიღება შეიძლება პერორალური ან ინტრავენული გადასხმის გზით. ქიმიოთერაპიის გამოყენების მიზნებია: სიმსივნის შემცირება ოპერაციამდე, დარჩენილი კიბოს უჯრედების განადგურება ოპერაციის შემდეგ, მეტასტაზური კიბოს კონტროლი.

ქიმიოთერაპიული პრეპარატების ქვეკლასებს წარმოადგენს:

მაალკილირებელი აგენტები: ეს მედიკამენტები მოქმედებენ დნმ-ის დაზიანებით, რაც ხელს უშლის კიბოს უჯრედების გაყოფას. ამ კლასის პრეპარატების მაგალითებია ციკლოფოსფამიდი და ცისპლატინი.

ანტიმეტაბოლიტები: ისინი იმეორებენ დნმ-ისა და რნმ-ის სამშენებლო ბლოკებს, რაც უზრუნველყოფს უჯრედების გაყოფის დარღვევას. ამ კლასის პრეპარატების მაგალითებია მეტოტრექსატი და 5-ფტორურაცილი.

ანტისიმსივნური ანტიბიოტიკები: ეს ბუნებრივი წყაროებიდან მიღებული მედიკამენტებია და არღვევს დნმ-ის ფუნქციას. ამ კლასის პრეპარატების მაგალითებია დოქსორუბიცინი და ბლეომიცინი.

მიტოზის ინჰიბიტორები: ისინი ხელს უშლიან კიბოს უჯრედების გაყოფას, მიკროტუბულების ფუნქციის ინჰიბირებით. ამ კლასის პრეპარატების მაგალითებია პაკლიტაქელი და ვინკრისტინი.

ქიმიოთერაპიის გვერდითი ეფექტებია: გულისრევა და ღებინება, თმის ცვენა, იმუნიტეტის დაქვეითება, დაღლილობა.

დამიზნებითი ანუ ტარგეტული თერაპია

ამ ტიპის მედიკამენტები, მოქმედებენ კონკრეტულად კიბოს უჯრედებზე, და ხშირად ხასიათდებიან ნაკლები გვერდითი ეფექტებით, ვიდრე ტრადიციული ქიმიოთერაპია.

დამიზნებითი ანუ ტარგეტული თერაპიის მოქმედების მექანიზმები განსხვავებულია დამიზნებითი თერაპიის კლასიდან გამომდინარე.

თიროზინ კინაზის ინჰიბიტორები აბლოკირებენ კონკრეტულ ფერმენტებს, რომლებიც მონაწილეობენ კიბოს უჯრედების სიგნალიზაციაში. მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ იმატინიბი ქრონიკული მიოიდური ლეიკემიის სამკურნალოდ.

მონოკლონური ანტისხეულები: ეს არის ტექნოლოგიურად შექმნილი მედიკამენტები, რომლების სამიზნეს წარმოადგენს კონკრეტული ანტიგენები კიბოს უჯრედებზე. მაგალითად ტრასტუზუმაბი (ჰერკეპტინი) HER2-დადებით მკერდის კიბოსთვის.

დამიზნებითი, ანუ ტარგეტული თერაპიის უპირატესობებია: მაღალი სპეციფიკურობა, ნაკლები გვერდითი ეფექტები, ინდივიდუალურად მორგებული მკურნალობა, ნაკლები ზიანი ადგება ჯანმრთელ უჯრედებს, ხშირ შემთხვევაში აქვს ტაბლეტირებული ფორმა.

იმუნოთერაპია

იმუნოთერაპია ააქტიურებს ორგანიზმის იმუნურ სისტემას კიბოს უჯრედების ამოსაცნობად და გასანადგურებლად. ეს მოიცავს ჩეკპოინტ ინჰიბიტორებს, CAR T-უჯრედების თერაპიას და კიბოს ვაქცინებს.

იმუნოთერაპიის ტიპები

ჩეკპოინტ ინჰიბიტორები: ეს მედიკამენტები აბლოკირებენ ცილებს, რომლებიც ხელს უშლიან იმუნურ უჯრედებს კიბოს უჯრედების თავდასხმაში. ამ კლასის პრეპარატების მაგალითებია პემბროლიზუმაბი და ნივოლუმაბი.

CAR T-უჯრედული თერაპია: ეს თერაპია გულისხმობს პაციენტის T უჯრედების მოდიფიცირებას, რათა უკეთ აღიქვან და გაანადგურონ კიბოს უჯრედები.

იმუნოთერაპიის უპირატესობებია: ხანგრძლივი ეფექტი, მაღალი სპეციფიკურობა, ეფექტურია რთულად სამკურნალო კიბოებში

ჰორმონული თერაპია

ჰორმონული თერაპია გამოიყენება ჰორმონებზე მგრძობიარე კიბოების, როგორცაა მკერდისა და პროსტატის კიბო, სამკურნალოდ. ამ ტიპის პრეპარატები უზრუნველყოფენ სხეულის ბუნებრივი ჰორმონების ბლოკირებას ან ჰორმონების დონეების შემცირებას.

ჰორმონული თერაპიის მაგალითები

სელექტიური ესტროგენის რეცეპტორების მოდულატორები (SERM): როგორცაა ტამოქსიფენი, რომელიც აბლოკირებს ესტროგენის რეცეპტორებს მკერდის ქსოვილში.

არომატაზის ინჰიბიტორები: ისინი ამცირებენ ესტროგენის წარმოებას პოსტმენოპაუზალურ ქალებში. მაგალითები მოიცავს ანასტროზოლსა და ლეტროზოლს.

ანდროგენის დეპრივაციის თერაპია (ADT): გამოიყენება პროსტატის კიბოს დროს მამაკაცური ჰორმონების დონეების შემცირების მიზნით. ამ ტიპის პრეპარატების მაგალითებია ლეპროლიდი და ფლუტამიდი.

ჰორმონალური თერაპიის გვერდითი ეფექტებია: წამოხურება, ძვლის სიმკვრივის შემცირება, გუნება-განწყობის ცვლილებები.

ცალკე აღსანიშნია ღეროვანი უჯრედებისა და ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია, რომელიც გამოიყენება სისხლის სიმსივნეების დროს, როდესაც დაზიანებული ძვლის ტვინი იცვლება ჯანმრთელი ღეროვანი უჯრედებით. ამ მეთოდს გარკვეული რისკები ახლავს, კერძოდ: ინფექციები, ტრანსპლანტატის მოცილების რეაქცია, ორგანოების დაზიანება და ა.შ.

პალიატიური ზრუნვა

პალიატიური ზრუნვა მიზნად ისახავს სიმპტომების და სტრესის შემსუბუქებას კიბოს დროს, დაავადების სტადიიდან დამოუკიდებლად. მისი მიზანია გაუმჯობესდეს როგორც პაციენტის, ისე მათი ოჯახის ცხოვრების ხარისხი.

პალიატიური ზრუნვის კომპონენტებია:

სიმპტომების მართვა: ტკივილის, გულისრევის, დაღლილობის და სხვა სიმპტომების მართვა, რომლებიც დაკავშირებულია კიბოს და მისი მკურნალობის პროცესთან.

ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა: ემოციური მხარდაჭერისა და კონსულტაციის გაწვევა პაციენტებისა და ოჯახებისთვის, რათა გაუმკლავდნენ კიბოს ფსიქოლოგიურ ასპექტებს.

პალიატიური ზრუნვა შეიძლება მიმდინარეობდეს კურატიული მკურნალობის პარალელურად და აუცილებელია პროგრესირებადი კიბოს მართვისთვის. ეს ეხმარება პაციენტებს შეინარჩუნონ ცხოვრების ხარისხი, რაც ეხება როგორც ფიზიკურ, ისე ემოციურ საჭიროებებს.

დასკვნის სახით, კიბოს მკურნალობა მრავალმხრივი პროცესია, რომელიც მოიცავს ქირურგიის, რადიაციული თერაპიის, მედიკამენტოზური თერაპიის და პალიატიური ზრუნვის კომბინაციას. თითოეული მეთოდი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კიბოს მართვაში, ხოლო მკურნალობის არჩევანი დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, მათ შორის კიბოს ტიპზე და სტადიაზე, პაციენტის ჯანმრთელობაზე და პირად გადაწყვეტილებებზე. ასევე სულ უფრო მეტი და მეტი მნიშვნელობა ენიჭება პერსონალიზებულ მკურნალობას, რომელიც ეფუძნება გენეტიკურ და მოლეკულურ ანალიზს ინდივიდუალური თერაპიის შესარჩევად.

კიბოს მკურნალობა თანამედროვე მედიცინაში მრავალმხრივი და დინამიკურად განვითარებადი სფეროა. სხვადასხვა მეთოდის სწორად შერწყმა იძლევა დაავადების კონტროლისა და ხშირ შემთხვევაში სრული განკურნების შესაძლებლობას. მიუხედავად იმისა, რომ კიბო კვლავ სერიოზულ გამოწვევად რჩება, თანამედროვე სამედიცინო პროგრესი უზრუნველყოფს გახანგრძლივებულ სიცოცხლეს და უკეთეს ცხოვრების ხარისხს.

მკურნალობის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი განსხვავებაა სხვადასხვა შემოსავლის დონის მქონე ქვეყნების შემთხვევაში; სრულფასოვანი მკურნალობა ხელმისაწვდომია მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების 90%-ში და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების მხოლოდ 15%-ში (World Health Organization, 2020/ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2020).

2023 წლის მონაცემებით, უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში მსოფლიოს 47 ქვეყანაში (აფრიკის კონტინენტის გარდა) კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა თითქმის ყველა

ძირითადი ტიპის კიბოს შემთხვევაში შემცირებულია. გამონაკლისს წარმოადგენენ ფილტვის კიბო ქალებში და ღვიძლის კიბო მამაკაცებში, სადაც უმეტეს ქვეყნებში დაფიქსირდა ზრდის ტენდენცია. მამაკაცებში ფილტვის კიბო და ორივე სქესში კუჭის კიბო კი ან შემცირებულია, ან სტაბილური დარჩა. ეს მონაცემები ნათლად მიუთითებს, რომ კიბოს ტვირთის შემცირება ან მისი სტაბილიზება შეუძლებელია ეფექტიანი რესურსებისა და კიბოს პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების გრძელვადიანი განხორციელების გარეშე, რაც მნიშვნელოვანია მთელი მსოფლიოსთვის. (Sedeta et al., 2023/სედეტა და სხვები, 2023).

სიკვდილიანობის მაღალი დონე ძირითადად უკავშირდება სიმსივნეების გვიან სტადიაზე გამოვლენას და არასრული ან არაეფექტიანი მკურნალობის ჩატარებას (Hanna et al., 2020/ჰანა და სხვები, 2020).

დაავადების გვიან სტადიაზე გამოვლენა შესაძლოა განპირობებული იყოს მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობით ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ (Sahu et al., 2020/საჰუ და სხვები, 2020). ცოდნის ნაკლებობა იწვევს იმას, რომ ადამიანები სამედიცინო დაწესებულებებს მოგვიანებით მიმართავენ, რაც საბოლოოდ აფერხებს დიაგნოზის დროულ დასმას (Maringe et al., 2013/მარინგი და სხვები, 2013; Niksic et al., 2016/ნიკსიცი და სხვები, 2016).

1.5. კიბოს სოციალური დეტერმინანტები და სკრინინგის მოცვის არათანაბრობა

კიბოს პრევენციისა და ადრეული აღმოჩენის სფეროში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან გამოწვევად მიიჩნევა სოციალური და სტრუქტურული ფაქტორების გავლენა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ჯანმრთელობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე მედიცინა უზრუნველყოფს ეფექტურ სკრინინგულ მეთოდებს მრავალი ონკოლოგიური დაავადებისთვის, მათი ხელმისაწვდომობა და გამოყენება მნიშვნელოვნად განსხვავდება სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, განათლების დონის, საცხოვრებელი ადგილისა და კულტურული თავისებურებების მიხედვით. ეს უთანასწორობები განსაკუთრებით მკვეთრად ვლინდება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, თუმცა პრობლემას წარმოადგენს მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვისაც.

სოციალური დეტერმინანტები განისაზღვრება როგორც ის პირობები, რომელშიც ადამიანები იბადებიან, იზრდებიან, ცხოვრობენ, მუშაობენ და ბერდებიან. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიხედვით, სწორედ ეს ფაქტორები განსაზღვრავს ჯანმრთელობის შედეგების მნიშვნელოვან ნაწილს და ხშირად უფრო ძლიერ გავლენას ახდენს, ვიდრე ინდივიდუალური ქცევები ან ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორები. კიბოს შემთხვევაში, სოციალური დეტერმინანტები გავლენას ახდენს როგორც დაავადების რისკზე, ისე სკრინინგში ჩართულობასა და დროულად დიაგნოსტიკაზე.

ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად განხილული ფაქტორია სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი. კვლევები მიუთითებს, რომ დაბალი შემოსავლის მქონე პირები ნაკლებად არიან ჩართული სკრინინგულ პროგრამებში, რაც დაკავშირებულია ფინანსურ ბარიერებთან, დაზღვევის არარსებობასთან, ტრანსპორტირების სირთულეებთან და ჯანდაცვის სისტემასთან შეზღუდულ კონტაქტთან. შედეგად, კიბო ამ ჯგუფებში ხშირად დიაგნოსტიკა გვიან სტადიაზე, რაც მკურნალობის ეფექტიანობას ამცირებს და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს ზრდის.

განათლების დონე ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. დაბალი განათლების მქონე პირებს ხშირად აქვთ შეზღუდული ცოდნა კიბოს რისკ-ფაქტორების, სკრინინგის მიზნისა და სარგებლიანობის შესახებ. ეს იწვევს არასწორ წარმოდგენებს, შიშს დიაგნოზის მიმართ და სკრინინგის თავიდან არიდებას. კვლევები აჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის წიგნიერება (ცნობიერება - health literacy), ანუ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის გაგების უნარი პირდაპირ კავშირშია სკრინინგში მონაწილეობის დონესთან.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა საცხოვრებელ ადგილს — ქალაქსა და სოფელს შორის განსხვავებებს. სოფლად მცხოვრები მოსახლეობა ხშირად აწყდება ჯანდაცვის სერვისების ფიზიკურ მიუწვდომლობას, სპეციალისტების ნაკლებობას და ინფრასტრუქტურულ პრობლემებს. ეს ფაქტორები მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს რეგულარული სკრინინგის ჩატარებისთვის. სოფლის მოსახლეობაში კიბოს გვიანი დიაგნოსტიკა უფრო ხშირია, რაც სისტემურ პრობლემებზე მიუთითებს.

კულტურული და ფსიქოსოციალური ფაქტორები ასევე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სკრინინგში ჩართულობაზე. გარკვეულ საზოგადოებებში კიბო კვლავ ასოცირდება სიკვდილთან, სტიგმასთან და სირცხვილთან, განსაკუთრებით რეპროდუქციულ ორგანოებთან დაკავშირებული სიმსივნეების შემთხვევაში. ეს შიში და სტიგმა აფერხებს

როგორც სკრინინგზე მიმართვას, ისე დიაგნოზის მიღების შემდგომ მკურნალობაში ჩართულობას. ქალთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში, გენდერული ნორმები და ოჯახური გადაწყვეტილების მოდელები ხშირად დამატებით ბარიერს ქმნის.

საქართველოს კონტექსტში, კიბოს სოციალური დეტერმინანტების გავლენა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში მოქმედებს სახელმწიფო სკრინინგული პროგრამები, მათში ჩართულობის დონე კვლავ არასაკმარისია. სტატისტიკური მაჩვენებლები მიუთითებს იმაზე, რომ სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით, რაც უკავშირდება როგორც ეკონომიკურ უთანასწორობას, ისე ჯანდაცვის სერვისების არათანაბარ განაწილებას. სოფლად მცხოვრები ქალები ნაკლებად მონაწილეობენ ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში, რაც ადრეული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობებს ამცირებს.

დამატებით პრობლემას წარმოადგენს მოსახლეობის ცნობიერების დონე. საქართველოს მოსახლეობაში კიბოს სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ ცოდნა ხშირად ზედაპირულია, ხოლო სკრინინგული პროგრამების არსებობის შესახებ ინფორმაცია — არასაკმარისი. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ მხოლოდ სერვისების არსებობა არ არის საკმარისი და აუცილებელია მიზნობრივი საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო ინტერვენციები.

სოციალური დეტერმინანტების გათვალისწინება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ეფექტური პრევენციული პოლიტიკის შემუშავებისთვის. კიბოს სკრინინგის პროგრამები, რომლებიც არ ითვალისწინებს მოსახლეობის სოციალურ, კულტურულ და ეკონომიკურ თავისებურებებს, ხშირად ვერ აღწევს მიზნობრივ ჯგუფებს. საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ინტეგრირებული მიდგომები — რომლებიც აერთიანებს განათლებას, პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებას და საზოგადოებაზე დაფუძნებულ ჩართულობას — უფრო ეფექტურია უთანასწორობების შემცირების თვალსაზრისით.

1.6 სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობა

ცნობიერება ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ

ადრეული დიაგნოსტიკის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის წიგნიერებაზე (ცნობიერებაზე), ანუ უნარზე აღიქვას დაავადების რისკები,

შეამჩნიოს სიმპტომები და მიიღოს გადაწყვეტილება დროული სკრინინგისთვის. ცნობიერება არა მხოლოდ ინფორმაციის მიღებას გულისხმობს, ის ასევე მოიცავს მოტივაციისა და თვითდისციპლინის ელემენტებს.

ქცევითი თეორიები

Health Belief Model (HBM): აღნიშნავს, რომ ადამიანები მიმართავენ პროფილაქტიკას, თუ მათში მაღალია აღქმული რისკის (perceived susceptibility), პრობლემის სერიოზულობის (perceived severity), მისაღები სარგებლის (perceived benefits) დონე და დაბალია დაბრკოლებების (perceived barriers) დონე.

Social Cognitive Theory (SCT): აქცენტს აკეთებს თვითეფექტურობაზე (self-efficacy) და სოციალურ შთაგონებაზე. ადამიანის ქცევა არა მარტო ცოდნაზეა დამოკიდებული, არამედ გარემოსთან ურთიერთქმედებაზე და მოდელირების პროცესზე.

HBM-ის და SCT-ის კუთხით, ცნობიერების ამაღლება ეფექტურია მაშინ, როდესაც ინფორმაცია არის სპეციფიკური, ადაპტირებული და რეალურ ქცევასთან დაკავშირებული, და როდესაც უზრუნველყოფილია ადამიანების თვითდარწმუნების გაზრდა.

როდის და რატომ მუშაობს/არ მუშაობს ცნობიერების ამაღლება?

ზემოთ აღნიშნული თეორიების მიხედვით, ის ეფექტურია, თუ: შეტყობინებები არის კონტექსტუალურად ადაპტირებული კულტურასა და ენობრივ ჯგუფზე; ინფორმაციის მიწოდება ერთდროულად ემოციურ და კოგნიტიურ ელემენტებს აერთიანებს; ჩართულია კეთილისმსურველი ავტორიტეტები (ექიმები, საზოგადოებრივი ლიდერები).

ასევე, ის არაეფექტურია, თუ: ინფორმაციის მიწოდება არის ზედაპირული, ტერმინოლოგიურად რთული ან ბუნდოვანი; იგნორირებულია სოციალური და ფინანსური დაბრკოლებები; ცალკე მოქმედებს ცნობიერება, მაგრამ არ არსებობს ხელმისაწვდომი სკრინინგის საშუალება.

მოკლევადიანი ეფექტები ხშირად აღინიშნება, როდესაც ხდება სწრაფი ინფორმირებული ქცევის ზრდა (მაგ., სკრინინგული ვიზიტები კამპანიის დროს), თუმცა გრძელვადიან პერიოდში ეფექტი სუსტდება, თუ ინსტიტუციური და გარემოებითი მხარდაჭერა არ არის.

სიმსივნური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გასაზომად, 2009 წელს Cancer Research UK-მ შექმნა სტანდარტიზებული და

ვალიდირებული შეფასების ინსტრუმენტი – CAM (Cancer Awareness Measure). ეს ინსტრუმენტი აფასებს კიბოს შესაძლო ნიშნების, რისკ-ფაქტორების, არსებული სკრინინგ პროგრამების შესახებ ცოდნის და დახმარების ძიებისადმი დამოკიდებულების დონეს მოსახლეობაში. CAM-ის საბოლოო ვერსია მოიცავს 9 კითხვას, ჯამში 47 პუნქტით, რომელიც მოიცავს შემდეგ ასპექტებს:

კიბოს საექვო სიმპტომები - კითხვა 1 და 2 (კითხვა 1 - ღია კითხვა, რესპონდენტს სთხოვენ, ჩამოთვალოს მისთვის ცნობილი კიბოს სიმპტომები, კითხვა 2 - რესპონდენტს ეკითხებიან, მიაჩნია თუ არა შემდეგი სიმპტომები კიბოს საექვო სიმპტომებად: უმიზეზო წარმონაქმნი ან შეშუპება, გახანგრძლივებული უმიზეზო ტკივილი, უმიზეზო სისხლდენა, გახანგრძლივებული ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა, გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ, გახანგრძლივებული ყლაპვის გაძნელება, ხალის გარეგნული ცვლილება, შეუხორცებელი ჭრილობა, წონის უმიზეზო კლება),

დახმარების ძიება - კითხვა 3 - რესპონდენტს ეკითხებიან, რომ ჰქონდეს კიბოს საექვო სიმპტომი, რამდენ ხანში მიმართავდა ექიმს დახმარებისთვის

ბარიერები, რომლებიც აფერხებენ ექიმთან მიმართვას - კითხვა 4 - რესპონდენტს სთხოვენ, შეაფასოს ჩამოთვლილი ბარიერები, როგორც ექიმთან ვიზიტის ხელშემშლელი: ძალიან შემრცხვება, შეშინებული ვიქნები, ვინერვიულებ, რომ ექიმს დროს ტყუილად დავახარჯინებ, ჩემს ექიმთან დალაპარაკება რთული იქნება, რთული იქნება ექიმთან ჩაწერა ვიზიტზე, ძალიან დაკავებული ვიქნები, იმისთვის, რომ ვიპოვო დრო ექიმთან წასასვლელად წასასვლელად, ბევრი სხვა საფიქრალი მაქვს, გამიჭირდება ტრანსპორტის მოძიება ექიმთან წასასვლელად, ვინერვიულებ იმაზე, რაც ექიმმა შეიძლება აღმომიჩინოს, კომფორტულად არ ვიგრძნობ თავს ექიმთან ჩემს სიმპტომებზე საუბრისას.

კიბოს რისკ-ფაქტორები - კითხვა 5 და 6 (კითხვა 5 - ღია კითხვა, რესპონდენტს სთხოვენ, ჩამოთვალოს მისთვის ცნობილი კიბოს რისკ-ფაქტორები, კითხვა 6 - რესპონდენტს ეკითხებიან, მიაჩნია თუ არა შემდეგი რისკ-ფაქტორები კიბოს რისკ-ფაქტორებად: სიგარეტი ნებისმიერი რაოდენობით, პასიური მწეველობა, 1-ზე მეტი ერთეული სასმელის დალევა დღეში, 5 პორციაზე ნაკლები ხილის ან ბოსტნეულის მიღება დღის განმავლობაში, წითელი ან დამუშავებული ხორცის მიღება დღეში ერთხელ ან მეტად, ჭარბი წონა (სმი >25), ბავშვობაში თუნდაც ერთხელ მზის დამწვრობა, 70 წელზე მეტი ასაკი, სიმსივნის არსებობა

ახლო ნათესავში, ადამიანის პაპილომა ვირუსით ინფიცირება, 30 წთ-ზე ნაკლები ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა კვირაში 5 ჯერზე ნაკლებად),

კიბოსა და ასაკს შორის დამოკიდებულება - კითხვა 7 - რესპონდენტს სთხოვენ, მიუთითოს რომელ ასაკში იზრდება კიბოს განვითარების რისკი.

ყველაზე ხშირად გამოვლენილი სიმსივნეები - კითხვა 8 - რესპონდენტს სთხოვენ, დაასახელოს ქალებში და მამაკაცებში 3 ყველაზე გავრცელებული კიბოს ტიპი,

არსებული სკრინინგის პროგრამების (მუქუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბო) შესახებ ცოდნა - კითხვა 9 - რესპონდენტს ეკითხებიან, არსებობს თუ არა საქართველოში სკრინინგული პროგრამები, და დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითოს სკრინინგულ პროგრამაში მონაწილეობის ასაკი.

CAM მთელს მსოფლიოში აღიარებულია სანდო და ვალიდურ ინსტრუმენტად მოსახლეობის კიბოსთან დაკავშირებული ინფორმირებულობის დონის შეფასებისთვის. ინსტრუმენტი ხელმისაწვდომია მკვლევარებისთვის, უფასოა და არ საჭიროებს გამოყენებისთვის და ადაპტაციისთვის სპეციალურ ნებართვას (Stubbings et al., 2009/სტაბინგსი და სხვები, 2029).

საზოგადოების ცნობიერების დონე კიბოს შესაძლო ნიშნების, რისკ-ფაქტორების, დაავადების გავრცელების და სკრინინგ პროგრამების არსებობის შესახებ ქვეყნებს შორის განსხვავებულია მათი შემოსავლის დონისა და განვითარების სტატუსიდან გამომდინარე. დიდ ბრიტანეთში CAM -ის გამოყენებით ჩაატარეს კვლევა 2216 ადამიანის (970 მამაკაცის და 1246 ქალის) მონაწილეობით, სადაც დადასტურდა, რომ კიბოს საეჭვო ნიშნების შესახებ ცნობიერება დაბალი იყო ღია ტიპის კითხვების გამოყენებისას და შედარებით მაღალი დახურული კითხვების შემთხვევაში; თუმცა, ნებისმიერი კითხვის შემთხვევაში ცნობიერება დაბალი იყო მამაკაცებში, ახალგაზრდა ადამიანებში, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ჯგუფებში და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებში. დახმარების ძიებას ყველაზე ხშირად უშლიდნენ ხელს შემდეგი ფაქტორები: ექიმთან ვიზიტზე ჩაწერის სირთულე, შიში, რომ ექიმს დროს ტყუილად დავაკარგინებ და შიში, თუ რა შეიძლება ექიმმა აღმომიჩინოს. ემოციური ბარიერები უფრო აქტუალური იყო დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ჯგუფებში, ხოლო პრაქტიკული ბარიერები (მაგალითად, დაკავებულობა) – მაღალი სოციალურ-

ეკონომიკური მდგომარეობის ჯგუფებში. სიმპტომების უკეთესი ცოდნა ასოცირდებოდა ექიმთან ვიზიტზე წასვლის უფრო მოკლე დროსთან, ხოლო ნაკლები ცოდნა - უფრო დიდ სავარაუდო დაგვიანებასთან.

აშშ-ში 1425 ადამიანზე ჩატარებულ კვლევაში შეისწავლეს კავშირი სოციო-დემოგრაფიულ ფაქტორებსა და კიბოს 11 სიმპტომზე მოსახლეობის ცოდნის დონეს შორის. სოციოეკონომიკურ სტატუსად შეფასდა განათლების დონე, ხოლო სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებში შეტანილი იყო სქესი, ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა და რასა. მონაწილეებმა საშუალოდ 11 სიმპტომიდან 8.43 ამოიცნეს. კვლევამ აჩვენა, რომ დაბალი განათლება იყო სიმპტომების არასაკმარისი ცოდნის მთავარი განმსაზღვრელი. (Sarma et al., 2020/სარმა და სხვები, 2020).

ავსტრალიაში მცხოვრებ 355 >18 წ ასაკის ადამიანს, რომელთა ნახევარი მამაკაცი იყო, ტელეფონით გამოჰკითხეს კიბოს 11 რისკ-ფაქტორისა და 7 პროტექტორული ფაქტორის შესახებ. უმეტესობამ სწორად ამოიცნო ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორცაა მზეზე ხანგრძლივად ყოფნა, ქიმიკატები, პესტიციდების გამოყენება, ჭარბი წონა და სიმსუქნე, აგრეთვე რეგულარული ფიზიკური აქტივობის სიმსივნური დაავადებებისგან დამცავი ეფექტი. გამოკითხულთა ნახევარი თვლიდა, რომ წითელი ღვინო კიბოს რისკს ამცირებს ან არ ახდენს მასზე გავლენას, რაც არასწორია. გამოკითხულთა მეხუთედი თვლიდა, რომ მზისგან დამცავი საშუალების გამოყენება კიბოს რისკს ზრდის, რაც ასევე არასწორია. რაც შეეხება ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინას, მხოლოდ 64 ადამიანმა იოდა, რომ ის კიბოს განვითარებისგან იცავს, 60 ადამიანი კი თვლიდა, რომ ვაქცინა პირიქით, ზრდის კიბოს განვითარების რისკს. (Lizama, Jongenelis, & Slevin, 2020/ლიზამა, იონგენელისი, სლევინი, 2020).

ირლანდიაში 48 კითხვისგან შემდგარი ონლაინ კითხვარით შეაფასეს სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე. კითხვარის შევსებაში მონაწილეობა მიიღო 748 საშუალო ასაკის მქონე ადამიანმა, მათ შორის უმეტესობა - 85% იყო ქალი. გამოკითხულთა მეხუთედი მიიჩნევდა რომ კიბოს განვითარების თავიდან აცილება შეუძლებელია, თუ არსებობს მემკვიდრული ანამნეზი. მესამედი ფიქრობდა, რომ სიმსივნეების 50% მემკვიდრული. კვლევაში მონაწილეთა მეხუთედს არ ჰქონდა ინფორმაცია, რომ ასაკთან ერთად კიბოს განვითარების ალბათობა იზრდება.

ყველაზე ხშირად დასახელებული რისკ-ფაქტორებს შორის იყო: თამბაქო, კვება, მემკვიდრეობა, ალკოჰოლის მიღება. მხოლოდ გამოკითხულთა მესამედმა იცოდა, რომ სიმსუქნე კიბოს განვითარების რისკს ზრდის. რესპონდენტების ნახევარი მიიჩნევდა რომ ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს ზრდის მკერდზე მიღებული ტრავმა. ამასთან, 85% და 86% მიაჩნდა, რომ კიბოს განვითარების ალბათობას ზრდის სტრესი და მობილური ტელეფონები გამოყენება. უმეტესობას გაცნობიერებული ჰქონდა კიბოს რისკის შემცირებაში ფიზიკური აქტივობის როლი, თუმცა გამოკითხულთა მესამედი თვლიდა, რომ “დეტოქს” დიეტა ამცირებს სიმსივნური დაავადებების განვითარების რისკს.

ანუ, რომ შევაჯამოთ, მიუხედავად იმისა, რომ კვლევაში მონაწილეებმა იცოდნენ ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორცაა თამბაქო და არასწორი კვება, მნიშვნელოვანი ნაწილი არ იყო სათანადოდ ინფორმირებული კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ, ვინაიდან ზედმეტ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ გენეტიკას, გარემოს და სტრესს, ნაკლებ მნიშვნელობას ასაკს, სიმსუქნეს და მზის სხივების გავლენას. (Ryan et al., 2015/რაიანი და სხვები, 2015)

პოლონეთში, ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საგანმანათლებლო პროექტის ფარგლებში, 227 სტუდენტი (17-18 წლის) გამოიკითხა. 10-დან 7 სტუდენტის აზრით, გენეტიკური წინასწარგანწყობა წარმოადგენს კიბოს განვითარების ყველაზე მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს. გამოკითხულთა 25% -მა აღნიშნა სიმსივნური დაავადების განვითარებას ადა ასაკს შორის კავშირი. 10 გამოკითხულიდან 4 სტუდენტი მწველი იყო და მათი უმრავლესობა თვლიდა, რომ ცხოვრების წესის შეცვლით კიბოს რისკის შემცირება შეეძლოთ. თითქმის ყველა რესპონდენტი თანხმდებოდა, რომ ადრეულ ეტაპზე აღმოჩენილი კიბო განკურნებადია. კვლევის დასკვნის თანახმად, სტუდენტებს არ აქვთ საკმარისი ცოდნა კიბოს რისკ-ფაქტორებისა და მისი ასაკთან კავშირის შესახებ. შესაბამისად, კიბოს პრევენციისთვის უმნიშვნელოვანესია ახალგაზრდების განათლება, განსაკუთრებული აქცენტით ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციაზე (Rucińska et al., 2021/რუცინსკა და სხვები, 2021).

ისევე პოლონეთში, ოღონდ ამჯერად აღმოსავლეთ ნაწილის ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობაში შეაფასეს კუჭ-ნაწლავის სიმსივნეების რისკ-ფაქტორების, პრევენციის და ადრეული დიაგნოსტიკების შესახებ ცოდნის დონე. ჯვარედინ-სექციური დიზაინით ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა რომ ცოდნის დონე დაბალია, და ეს განსაკუთრებით აღსანიშნავია სოფლად მაცხოვრებლებში. (Berbecka et al., 2020/ზერბეკა და სხვები, 2020).

ბულგარეთში 2018 წლის გაზაფხულზე, შეისწავლეს საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგისთვის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებში სკრინინგული პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობის დონე, გამოცდილება და დასვეე დამოკიდებულება. ტანდარტიზებული ინტერვიუების მეშვეობით გამოჰკითხეს 256 ქალი და 44 მამაკაცი. კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მოქალაქეების ცოდნა სკრინინგის ტესტების შესახებ არასაკმარისია და განსხვავებულია სხვადასხვა ტიპის კიბოს შემთხვევაში. ინფორმაციის დონე მიზნების, სკრინინგის შესაფერისობის, ინტერვალების და შემდგომი მონიტორინგის შესახებ ხშირად არ არის საკმარისი ან არაერთგვაროვანია. სკრინინგის მიმართ პოზიტიური დამოკიდებულება დომინირებს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა რეკომენდაცია ექიმის მხრიდან არის მიღებული, ვიდრე წერილობითი მოწვევა.

რუმინეთში კიბოს სიმპტომების და აღმოჩენის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობის დონის შესაფასებლად კვლევა ჩატარდა 160 ქალზე (ასაკი 18–70), რომელთა ახლობლებიც იყვნენ კიბოთი დაავადებულები. აღმოჩნდა, რომ მხოლოდ 10% ქალებისა, რომელთა ოჯახშიც იყო კიბოს შემთხვევები, იცნობდნენ ყველა კიბოსთან დაკავშირებულ სიმპტომსა და აღმოჩენის მეთოდს (Lotrean, Ailoaiei, Popa, & de Vries, 2015/ლოტრეანი, აილოაიეი, პოპა და დე ვრეისი, 2015). ანუ, კიბოს შესახებ ცნობიერება დაბალია, მაშინაც კი, როდესაც ადამიანი მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება.

საუდის არაბეთის ჯვარედინ-სექციური კვლევაში შეაფასეს სიმსივნური დაავადების რისკ-ფაქტორების და სიმპტომების შესახებ ცოდნის დონე და მისი კავშირი სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებთან. გამოიკითხა 675 მოზრდილი ადამიანი. გამოკითხვის შედეგად დადასტურდა კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის დონის სარწმუნო კავშირი განათლებასა და კიბოს ოჯახურ ანამნეზთან. სქესი, ეროვნება და სკრინინგ ტესტების რეგულარულად ჩატარება კავშირშია კიბოს სიმპტომების ცნობადობასთან. გამოკითხულთა ნახვარზე მეტში დაბალი იყო ინფორმირებულობის დონე კიბოს რისკ-ფაქტორებთან და სიმპტომებთან მიმართებაში.

ყველაზე მეტად აღიარებული რისკ-ფაქტორები იყო მწვეულობა და მემკვიდრეობა, ხოლო რაც შეეხება სიმპტომებს - აუხსნელი ტკივილი და წონის კლება იყო ყველაზე მეტად ცნობილი სიმპტომები. უმეტესობამ ინტერნეტი დასახელდა ინფორმაციის მიღების პირველად წყაროდ სიმპტომებთან და რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში. (Algamdi, Gonzales, & Farah, 2021/ალგამდი, გონზალესი და ფარა, 2021).

თურქეთში, ქ. ტრაბზონში 1,200 ზრდასრულ ადამიანში შეაფასეს სიმსივნური დაავადებების სიმპტომებისა და რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე. მონაწილეთა ნახევარი იყო მწვეელი, მესამედს აღენიშნებოდა ოჯახის წევრებს შორის კიბოს დიაგნოზი, ხოლო 28.5%-ს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილი ოჯახის წევრებში. მონაწილეებმა განაცხადეს, რომ კიბო პირველია სიკვდილობის მხრივ ყველა დაავადებას შორის, და დაასახელეს პირველი სამი კიბოს გამომწვევი ფაქტორი: სიგარეტი (95.7%), მობილური ტელეფონი (90.4%) და ალკოჰოლი (90.2%). 62.4%-ს არ ჰქონდა ცოდნა კიბოს სიმპტომების შესახებ, ხოლო 86.4% და 76.4% მიიჩნევდა, რომ შესაბამისად „სევდა და სტრესი იწვევენ კიბოს“ და „კიბო მემკვიდრეობით გადადის“. კვლევამ აჩვენა, რომ ქ. ტრაბზონში მცხოვრებ ზრდასრულ პირებში კიბოს შესახებ ცოდნა მწირი და არასრულყოფილია (Karadeniz & Cetinkaya, 2020/კარადენიზი და ცეტინსკაია, 2020).

ლაზას სექტორში ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების დონის შეფასებას. კვლევა მოიცავდა ორ სამიზნე ჯგუფს: 18 წელს გადაცილებულ ვიზიტორებს ხუთი გუბერნიის სახელმწიფო საავადმყოფოებიდან და 15-17 წლის მოსწავლეებს იმავე რეგიონების 10 უმაღლესი სკოლიდან. მონაცემების შესაგროვებლად გამოყენებულ იქნა კიბოს ცნობადობის შესაფასებელი CAM კითხვარის არაბული ვერსია. სულ გამოიკითხა 2886 ადამიანი, მათ შორის 50.5% მოზარდი და 49.5% ზრდასრული. აღმოჩნდა რომ გამოკითხულთა ორმა მესამედმა არ იცოდა, რომ კიბოს განვითარების რისკი ასაკთან ერთად იზრდება, კიბოს ნიშნებისა და სიმპტომების ცნობადობა ძალიან დაბალი იყო. სიმპტომებს შორის ყველაზე ხშირად დასახელდა ახალი წარმონაქმნი (77.2%), ხოლო ყველაზე იშვიათად – ნაწლავის მოქმედების ცვლილება (23.2%). რისკ-ფაქტორების კარგი ცოდნა მხოლოდ 7.5%-ს აღმოაჩნდა. რისკ ფაქტორებს შორის ყველაზე ხშირად დასახელდა მწვეულობა, ხოლო „დღეში 5 პორციაზე ნაკლები ხილისა და ბოსტნეულის მიღება“ – ყველაზე ნაკლებად ცნობილ რისკ-ფაქტორად. ზრდასრულები, მოზარდებთან შედარებით, უკეთესად

ასახელებდნენ რისკ-ფაქტორებისა და სიმპტომების უმეტესობას. კვლევამ აჩვენა, რომ ღაზას სექტორში საზოგადოების ცნობიერება კიბოს სიმპტომებისა და რისკ-ფაქტორების შესახებ საგანგაშოდ დაბალია. დაავადების დროული დიაგნოსტიკის ხელშესაწყობად, აუცილებელია საზოგადოებრივი საგანმანათლებლო კამპანიების ჩატარება. ეს კამპანიები უნდა იყოს მორგებული სხვადასხვა ჯგუფზე, განსაკუთრებით ახალგაზრდებზე, რათა გაიზარდოს მათი ცოდნა და უზრუნველყოფილ იქნას ამ ცოდნის გრძელვადიანი შენარჩუნება (Elshami et al., 2020/ელშამი და სხვები, 2020).

ინდოეთის ჩრდილო-აღმოსავლეთში 1400 მოზრდილი ადამიანის მონაწილეობით ჩატარებულმა კვლევამ შეაფასა ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომების და სკრინინგული კვლევების შესახებ ცოდნა. შედეგებმა აჩვენა, რომ: 50%-მა იცოდა ძუძუს კიბოს შესახებ, ხოლო მხოლოდ 31%-მა საშვილოსნოს ყელის კიბოს. რისკ-ფაქტორების, სიმპტომების და ნიშნების შესახებ ინფორმირებულობა დაბალი იყო: 54%-ი ძუძუს კიბოს შემთხვევაში და 63%-ი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში. რაც შეეხება სკრინინგს, 34%-მა იცოდა სკრინინგის შესახებ, თუმცა მათ შორის მხოლოდ 6 პირი იყო ნამყოფი კიბოს სკრინინგის თუნდაც ერთ პროცედურაზე. 71%-მა მიუთითა მედია, როგორც ინფორმაციის ძირითად წყაროდ. (Oswal et al., 2020/ოსვალი და სხვები. 2020).

რაც შეეხება ინდოეთის ჩრდილოეთში სოფლის მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონეს, შეაფასეს კიბოს შესახებ ცნობიერების დონის კავშირი სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებთან და ინტერნეტის გამოყენებასთან.

204 მონაწილედან უმეტესობას (96.5%) ჰქონდა ინფორმაცია სიმსივნური დაავადებების შესახებ, თუმცა ძირითადი რისკ-ფაქტორების და საყურადღებო ნიშნების შესახებ მხოლოდ ძალიან ცოტამ იცოდა. ზოგადი რისკ-ფაქტორების და საყურადღებო ნიშნების ცოდნა უკავშირდებოდა განათლების დონეს, განსაკუთრებით კი ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკ-ფაქტორების და HPV ვაქცინაციის საკითხებში. უფრო მაღალი იყო რისკ-ფაქტორების, საყურადღებო ნიშნების და პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის დონე მობილური ტელეფონის მომხმარებლებს შორის, ვინც ინტერნეტს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღებისთვის იყენებდა. ასაკსა და კიბოს რისკ-ფაქტორების ცნობადობას შორის არ დაფიქსირებულა სარწმუნო ასოციაცია, თუმცა ქალები უფრო მეტად გაცნობიერებულები აღმოჩნდნენ (Yadav et al., 2022/იადავი და სხვები, 2022).

უგანდაში ჩატარებული კვლევის ფარგლებში 500 სტუდენტმა 5 უმაღლესი სკოლიდან შეავსო კითხვარი. მონაწილეთა აბსოლუტურმა უმეტესობამ იცოდა კიბოს შესახებ, თუმცა ასევე უმეტესობამ არ იცოდა პროსტატის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები, ასევე არ იცოდნენ ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეები. 10 გამოკითხულიდან 9-მ ჯანსაღი ცხოვრების წესი დაასახელა კიბოს პრევენციის უმნიშვნელოვანეს გზად. 10 გამოკითხულიდან 7 - მა დაასახელა არაჯანსაღი კვება, როგორც კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორი, და ასევე 10 გამოკითხულიდან შვიდმა რესპონდენტმა იცოდა რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს თავიდან არიდება შესაძლებელია. რესპონდენტებს ჰქონდათ ზოგადი ცოდნა და შეხედულებები კიბოს შესახებ, თუმცა არსებობდა მნიშვნელოვანი ხარვეზები. აუცილებელია კიბოს შესახებ საგანმანათლებლო კამპანიების ინტეგრირება საგანმანათლებლო პროცესში. (Chemos & Mpugu, 2022/ჩემოსი და მპუგუ, 2022).

კიბოს 9 რისკ-ფაქტორის შესახებ საზოგადოების ცნობიერების დონის შესაფასებლად იემენის 4 რეგიონის მოზრდილი მოსახლეობის შორის ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური კვლევა. კვლევაში მონაწილეობდნენ 571 ადამიანი.

რესპონდენტების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ პასიური მწვევლობა, საკვებში ცოცხალი ხილის და ბოსტნეულის ნაკლებობა, მზის გადაჭარბებული ზემოქმედება, სიმსუქნე, ქალაქებში ჰაერის დაბინძურება და ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა კიბოს რისკ-ფაქტორებად ითვლება. მონაწილეთა პასუხები მჭიდრო კავშირში იყო მათი განათლების დონესთან, საცხოვრებელ ადგილსა და სქესთან. განათლების უფრო მაღალი დონე, მამრობითი სქესი და ქალაქში ცხოვრება დაკავშირებული იყო კიბოს ისეთი რისკ-ფაქტორების უკეთეს ცოდნასთან, როგორიცაა მწვევლობა და ფიზიკური აქტივობა.

კვლევის შედეგებით შეფასდა, რომ გამოკითხული რესპონდენტების ცოდნის დონე გავრცელებული კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ დაბალია.

2011 წლის ივლისიდან დეკემბრამდე ბანგლადეშში ჯვარედინ-სექციური კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 2037 ქალი, ასაკი 14-64 წელი, იმისთვის, რომ შეეფასებინათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ცოდნის დონის შეფასება და მათი მზადყოფნა ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინაციისთვის. გამოკითხულთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ იცოდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ (ურბანული ტერიტორია: 89.7%, სოფლები: 93.4%). საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის ალბათობა მნიშვნელოვნად მაღალი იყო ქალაქში მცხოვრებ ქალებში, ასაკი 35-44 წელი და სოფლად

მცხოვრებ ქალებში, ასაკი 25–34 წელი, შედარებით 24 წლამდე ასაკის ქალებთან. ძალიან ცოტა ქალს ჰქონდა დეტალური ცოდნა რისკ-ფაქტორების (ურბანული: 9.1%, სოფლები: 8.8%) და პრევენციის (ურბანული: 6.4%, სოფლები: 4.4%) შესახებ. ქალაქში მცხოვრებ ქალებში HPV ვაქცინის შესახებ ინფორმირებულობასთან დაკავშირებული ფაქტორები იყო: საშუალო ან უმაღლესი განათლება, 20 წლის ან უფრო მაღალი ასაკი ქორწინების დროს და მაღალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი. გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა მზად იყო HPV ვაქცინით ასაცრელად, როგორც თვითონ (ურბანული: 93.9%, სოფლები: 99.4%), ასევე თანახმა იყო ქალიშვილების აცრაზე (ურბანული: 91.8%, სოფლები: 99.2%). აქედან გამომდინარე, ბანგლადეშელი ქალების საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ცოდნა არ იყო სათანადო. განათლება საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას სიმპტომებზე, რისკ-ფაქტორებზე და პრევენციულ მეთოდებზე (Islam et al., 2018/ისლამი და სხვები, 2018)

ადის-აბეჯაში ქალებში ჩატარებულმა ჯვარედინ-სექციურმა კვლევამ, რომელმაც შეაფასა ინფორმირებულობის დონე ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდების შესახებ, აჩვენა, რომ ქალების ნახევარმა (53%) იცის ძუძუს კიბოს შესახებ და 35.5%-მა იცის ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდის შესახებ. მათ შორის, ვინც ინფორმირებული იყო ძუძუს კიბოს სკრინინგზე, 97%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგი ზრდის გადარჩენის შანსს. გავრცელებულ სკრინინგულ მეთოდებს შორის თვით-კვლევითი შემოწმება, კლინიკური შემოწმება და მემოგრაფიული გამოკვლევა ჩატარებული ჰქონდა რესპონდენტთა შესაბამისად 24.3%, 7.6% და 3.8%. მაღალი შემოსავლის მქონე ქალებმა დაახლოებით 3-ჯერ უფრო მეტად იცოდნენ ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდების შესახებ, ხოლო საშუალო და უმაღლესი განათლების მქონე ქალები 2 და 4-ჯერ უფრო მეტად იყენებდნენ ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდებს. ანუ კვლევამ აჩვენა, რომ ქალთა დაახლოებით ორი მესამედი არ ფლობს ინფორმაციას ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდების შესახებ. (Abeje, Seme, & Tibelt, 2019/აბეჯე, სემე და ტიბელტი, 2019).

მალაიზიაში, 2011 წლის მარტში გამოჰკითხეს სოფლად მცხოვრები 2379 პირი, კოლორექტული კიბოს საყურადღებო ნიშნებსა და რისკ-ფაქტორების შესახებ ცოდნის დონის შესაფასებლად. აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტთა 38%-მა არაფერი იცოდა საყურადღებო ნიშნებსა და 32%-მა რისკ-ფაქტორების შესახებ. სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების და ოჯახის წევრებსა და მეგობრებში კიბოს არსებობის ფაქტმა

მნიშვნელოვნად განაპირობა კიბოს სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების ცოდნაში. ანუ, მსხვილი ნაწლავის კიბოს საყურადღებო ნიშნებისა და რისკ-ფაქტორების შესახებ ცნობიერების დონე მაღაიზიის სოფლად მცხოვრებ მოსახლეობაში ძალიან დაბალია. შესაბამისად, საჭიროა ფართო ჯანმრთელობის განათლების კამპანია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ცნობიერების ამაღლებისთვის, რადგან ეს კიბოს ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ტიპია მაღაიზიაში. (Su et al., 2019/სუ და სხვები, 2019).

თეირანში ჩატარებული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კიბოს გამაფრთხილებელი ნიშნების შესახებ ცნობიერების დონისა და მისი განმსაზღვრელი ფაქტორების შესწავლა ირანის ზოგად მოსახლეობაში. ჯვარედინ-სექციური კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 18 წელს ზემოთ 2500 ადამიანი. რესპონდენტთა მცირე ნაწილს (18.8%) ჰქონდა ცოდნის მაღალი დონე, 54.5%-ს — საშუალო დონე, ხოლო 26.7%-ს — დაბალი ცნობიერება. ცნობიერების ყველაზე ძლიერი განმსაზღვრელი ფაქტორები იყო განათლების დონე, სქესი და ოჯახური მდგომარეობა. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ მოსახლეობაში კიბოს გამაფრთხილებელი ნიშნების შესახებ ცოდნის საერთო დონე დაბალია, განსაკუთრებით ზოგიერთი კონკრეტული ნიშნის მიმართ. შესაბამისად, აუცილებელია საგანმანათლებლო და ინტერვენციული პროგრამების განხორციელება, განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილებით მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებზე, რაც ხელს შეუწყობს დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას. (Feizi et al., 2011/ფეიზი და სხვები, 2011).

ლიბანის მოსახლეობაში შეაფასეს კოლორექტული კიბოს რისკ-ფაქტორების, გამაფრთხილებელი ნიშნების შესახებ ცნობიერების, აგრეთვე გაიდლაინებისა და სკრინინგის მეთოდებისადმი დამოკიდებულებები, რათა გამოვლენილიყო სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერები და მასთან ასოცირებული ფაქტორები. 371 მონაწილე გამოიკითხა ლიბანის ყველაზე დიდ სამედიცინო ცენტრში. აღმოჩნდა, რომ მონაწილეთა 83% არ იყო ინფორმირებული კოლორექტული კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ, ხოლო 67% — საყურადღებო ნიშნების შესახებ. რესპონდენტთა მხოლოდ 15%-ს ჰქონდა ჩატარებული მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი, 56% იცნობდა სკრინინგის აუცილებლობას, ხოლო 43% გამოთქვამდა მზადყოფნას სკრინინგის ჩასატარებლად. სკრინინგის აუცილებლობის შესახებ ცნობიერებაზე, წარსულში სკრინინგის ჩატარებასა და სკრინინგზე მზადყოფნაზე გავლენას ახდენდა რისკ-ფაქტორებისა და გამაფრთხილებელი ნიშნების ცოდნა, რეგულარული ვიზიტები ექიმთან, ოჯახის ექიმის არსებობა როგორც

კოლორექტული კიბოს შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო და ოჯახის წევრის ან მეგობრის კოლორექტული კიბოს დიაგნოზის არსებობა. სკრინინგის ბარიერები ძირითადად უკავშირდებოდა მონაწილეთა შეხედულებებს სკრინინგის მეთოდების შესახებ და დაავადებასთან დაკავშირებულ არასწორ წარმოდგენებს. აუცილებელია სერიოზული და აქტიური ღონისძიებების განხორციელება ჯანდაცვის სექტორის, პასუხისმგებელი ინსტიტუციების, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების მხრიდან, რათა შეივსოს ინფორმაციის ნაკლებობა, შემცირდეს ბარიერები და აღმოიფხვრას კოლორექტულ კიბოსთან დაკავშირებული მცდარი შეხედულებები (Tfaily et al., 2019/ტფაილი და სხვები, 2019).

პაკისტანში, უნივერსიტეტის ქალ სტუდენტებში ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური კვლევა, სადაც შეაფასეს ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების, სიმპტომების და ნიშნების შესახებ ინფორმირებულობის დონე. საერთო ჯამში კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 774-მა რესპონდენტმა, რომლებმაც შეაფასეს წინასწარ დატესტილი, ონლაინ, თვითშევისებადი კითხვარი. მონაწილეთა მხოლოდ 29.8%-მა დაასახელა პირველი რიგის ნათესავებში ძუძუს კიბოს ისტორია, როგორც რისკ-ფაქტორი. ამასთან, რესპონდენტთა 14.1% მიიჩნევდა, რომ ორალური კონტრაცეპტივების ხუთ წელზე მეტი ხნით გამოყენება ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს. ძუძუს კიბოს ნიშნებად და სიმპტომებად ჩათვალია შიგნით ჩაზნექილი ძუძუსთავი, ძუძუსთავის ირგვლივ არსებული ჭრილობები და ძუძუს ზომის უეცარი ცვლილება მონაწილეთა შესაბამისად 25.2%-მა, 25.7%-მა და 31.7%-მა. გარდა ამისა, მხოლოდ 20.9%-მა სწორად მიუთითა ძუძუს თვითგამოკვლევის დაწყების რეკომენდებული ასაკი, ხოლო 44.4%-მა აღნიშნა, რომ მამოგრაფიული სკრინინგი უნდა დაიწყოს 40 წლის შემდეგ. საერთო ჯამში, პაკისტანის უნივერსიტეტის ქალი სტუდენტები არასაკმარისად იყვნენ ინფორმირებულნი ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების, ნიშნებისა და სიმპტომების, ასევე ძუძუს გამოკვლევის შესახებ. კვლევამ წარმოაჩინა ძუძუს კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლების ინტენსიური სტრატეგიების დანერგვის აუცილებლობა როგორც განათლებულ, ისე ნაკლებად განათლებულ ქალთა პოპულაციაში პაკისტანში (Hussain et al., 2022/ჰუსაინი და სხვები, 2022).

სომხეთში ჩატარებული კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონის განსხვავდება სოციოდემოგრაფიული მაჩვენებლების

მიხედვით და დამოკიდებულია განათლების დონეზე, ასაკსა და საცხოვრებელ ადგილზე (Wright, Simonsen, & Cheng, 2014/რაიტი, სიმონსენი და ჩენგი, 2014).

აზერბაიჯანში, 2017 წლის სექტემბრიდან 2018 წლის ივნისის ჩათვლით ტაბრიზის საშუალო სკოლების მოსწავლეებში შეაფასეს კიბოს შესახებ ცოდნა, დამოკიდებულება და ქცევა. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 471 მოსწავლემ, ასაკი 14–19 წლები, საშუალო ასაკი 16.79 წელი. ცოდნის, დამოკიდებულების და ქცევის შეფასებით მიღებული საერთო ქულები მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო მაღალი სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების მქონე მოსწავლეებში: საშუალო სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების მქონე მოსწავლეების ქულები იყო 3.85-ჯერ უფრო მაღალი, ხოლო კარგი სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების მქონე მოსწავლეების — დაახლოებით 2-ჯერ მაღალი. შედეგები მიუთითებს, რომ საშუალო სკოლების მოსწავლეებში კიბოს შესახებ ცოდნის, დამოკიდებულებისა და დაცვითი ქცევის დონეზე გავლენას ახდენს სოციო-დემოგრაფიული მდგომარეობა (Dolatkhah & Fakhari Dehkharghani, 2020/დოლატხანი და ფახარი დეხარგანი, 2020).

საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ცნობიერების დონე შეუსწავლელია, რადგან ამ თემაზე ფართომასშტაბიანი კვლევა არ ჩატარებულა. PubMed-ის მონაცემთა ბაზაში ხელმისაწვდომი ერთადერთი მცირე კვლევა 2022 წლის იანვარში ჩატარდა და მიზნად ისახავდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ინფორმირებულობის შეფასებას. კვლევაში, რომელიც საქართველოს სამ რეგიონში ჩატარდა, 127 პირველადი ჯანდაცვის ექიმი მონაწილეობდა. მათი ცოდნა კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამების შესახებ შეფასდა NCDC-ის მიერ ორგანიზებულ საგანმანათლებლო კურსამდე და მის შემდეგ. კვლევის შედეგებით აღმოჩნდა, რომ ექიმების ნახევარზე მეტმა (55.1%) არ იცოდა, რომ ძუძუს კიბოს სკრინინგი ორ წელიწადში ერთხელ არის რეკომენდებული, მხოლოდ 61.1%-მა შეძლო მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფის სწორად დასახელება. შესაბამისად, კვლევამ აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს არასაკმარისი ცოდნა აქვთ სკრინინგ პროგრამების შესახებ. ეს ფაქტი, სავარაუდოდ, მნიშვნელოვნად განაპირობებს მოსახლეობის დაბალ მიმართვიანობას სკრინინგ ცენტრებში, რადგან სწორედ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტების დროული ინფორმირება და გადამისამართება." (Gulbiani et al., 2022/გულბიანი და სხვები, 2022).

სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაუმჯობესების ინტერვენციები და ცნობიერების ამაღლების კამპანიები

ინტერვენციები ცნობიერების ამაღლებისთვის შეიძლება დაყოფილი იყოს ტრადიციულ, სკოლასა და ჯანდაცვის მედიაზე დაფუძნებული, და ციფრულ ფორმატში.

ტრადიციული და საზოგადოებრივი ინტერვენციებს მიეკუთვნება:

საზოგადოებრივი კამპანიები (TV, რადიო, ბანერები) ეფექტურია მოსახლეობის ფართო ჩართულობისთვის.

საჯარო ღონისძიებები, უფასო სკრინინგის დღეები ზრდის ინსტიტუციურ ხედვებს და ადამიანების თვითდარწმუნებას.

აქცენტს აკეთებს არა მარტო ინფორმირებაზე, არამედ ქცევის მოდელირების საშუალებებით (მაგ., ექიმის რეკომენდაციები, გადაცემები რეალურ გამოცდილებაზე).

ციფრული ჯანდაცვის როლი

mHealth აპლიკაციები: ეხმარება ადამიანებს იყვნენ ჩართული დროის შეზღუდვის მიუხედავად, შეხსენებები სკრინინგზე, განცდილი სიმპტომების მონიტორირება.

სოციალური მედია პლატფორმების (Facebook, Instagram, TikTok) გამოიყენება ინფორმაციის სწრაფად გავრცელებისთვის, მითუმეტეს ახალგაზრდებში.

Telemedicine და chatbot-ები: უზრუნველყოფს პირველადი კონსულტაციებს, რაც ამცირებს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ბარიერებს.

მოკლევადიანი vs გრძელვადიანი ეფექტები

მოკლევადიანი: სწრაფი ინფორმირება, მაღალი სკრინინგის მონაწილეობის მაჩვენებელი, ცნობიერების ზრდა კონკრეტულ კამპანიებზე.

გრძელვადიანი: დათმობილი ეფექტი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ინტერვენციები სტაბილური, სისტემური და მრავალრიცხოვანია, ეთანხმება ადგილობრივ კულტურას და უზრუნველყოფს რეგულარულ მონიტორინგს.

კვლევები აჩვენებენ, რომ ციფრული მედიით მიღებული ცნობიერება ხშირად სწრაფად ქრებოდა, თუ არ იყო უზრუნველყოფილი ინტეგრირებული ჯანდაცვის მომსახურება და შემდგომი მხარდაჭერა.

ადრეული დიაგნოსტიკის წარმატება არა მარტო ინფრასტრუქტურაზე, არამედ ადამიანის ქცევასა და ცნობიერებაზეა დამოკიდებული. ქცევითი თეორიები (HBM, SCT) გვიჩვენებენ, რომ ინფორმაციის მიწოდება ეფექტურია მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი რეალურად მოქმედების სტიმულს ქმნის, თან აკონტროლებს დაბრკოლებებს და ზრდის თვითეფექტურობას. ციფრული ჯანდაცვის ტექნოლოგიები, განსაკუთრებით mHealth და სოციალური მედია, იძლევა ფართო შესაძლებლობებს მოკლევადიანი ჩართულობისთვის, თუმცა გრძელვადიანი შედეგი დამოკიდებულია სისტემურ მხარდაჭერასა და რეგულარულ მონიტორინგზე.

ინფორმირებულობის და ცნობიერების დონის ამაღლებისთვის მნიშვნელოვანია განათლება, ეფექტური ინფორმაციული და კომუნიკაციური სტრატეგიები (Taneja et al., 2021/ტანეჯა და სხვები, 2021).

ჩარევები, რომელიც მიმართულია კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლებისკენ, მოიცავს მას მედიის კამპანიებს, საგანმანათლებლო პროგრამებს, ციფრული ტექნოლოგიების გამოყენებას, რამაც იმედის მომცემი შედეგები აჩვენა კიბოს შესახებ ცოდნის დონის გაუმჯობესების და ადრეული აღმოჩენის ქცევების ჩამოყალიბების წახალისების თვალსაზრისით. ადაპტირებული მიდგომები, რომელიც მიმართულია სპეციფიკური კულტურული და დემოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით, ასევე ეფექტურადაა მიჩნეული.

ამერიკის აზიური და ლათინოამერიკელი ემიგრანტებისთვის მიზანმიმართული კულტურული სპეციფიკური საგანმანათლებლო პროგრამების შედეგად, რომელიც ტარდებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამშრომლების მიერ ან/და მულტიმედიური ფორმატის გამოყენებით, გაიზარდა სკრინინგში ჩართვის მაჩვენებელი, თუმცა მიუხედავად ბოლო 20 წლის განმავლობაში განხორციელებული დიდი ძალისხმევისა, სკრინინგის მოცვის მჩვენებელი მაინც ეროვნული სამიზნე მაჩვენებლის ქვემოთაა. ციფრული ინსტრუმენტები, კლინიკის გარეთ სკრინინგის ორგანიზება, იმისთვის რომ გაიზარდოს მასში მონაწილეობა, სპეციფიკური ეთნიკური მოთხოვნის გათვალისწინებით მიმართული ძალისხმევა მოსალოდნელია, რომ გაზრდის აშშ-ს

იმეგრანტ მოსახლეობაში კიბოს სკრინინგის მოცვის მაჩვენებელს (Fang & Ragin, 2020, ფანგი და რაგინი, 2020).

საზოგადოებრივი ჩართულობის სტრატეგიების ეფექტურობას ადასტურებს აშშ-ს აფროამერიკულ მოსახლეობისთვის ჩატარებული 4-კვირიანი საგანმანათლებლო პროგრამის შედეგები, რომელიც შეეხებოდა ფილტვის კიბოს და მისი ადრეული აღმოჩენის მეთოდის - დაბალდოზიანი კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას. ამ პროგრამის შედეგებმა აჩვენა ფილტვის კიბოს სკრინინგის შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდა, მონაწილეთა 45%-მა გამოთქვა მზაობა სიგარეტისთვის თავის დანებების, სკრინინგისთვის შესაბამისი კონტინგენტის 38%-მა მიმართა სკრინინგს (Williams et al., 2021/უილიამსი და სხვები, 2021).

ფაქტია, რომ ქალაქის და სოფლის მოსახლეობას შორის განსხვავებულია ცოდნის დონე საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და მისი სკრინინგის შესახებ. 6 განვითარებულ ქვეყანაში მიმოიხილეს ამ განსხვავების შესამცირებლად ჩატარებული სოციალურ კოგნიტიურ თეორიაზე დაფუძნებული კულტურულ თავისებურებებზე მორგებული მასალების გამოყენებით საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის საგანმანათლებლო პროგრამები. ეს პროგრამები მოიცავდა ბაზისურ ინფორმაციას საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ, ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, ბარიერებს და მათი გადალახვის სტრატეგიებს, და ლოკალურად ხელმისაწვდომ რესურსებს. ამ საგანმანათლებლო ჩარევებმა გაზარდა საშვილოსნოს კიბოს სკრინინგის მოცვა სოფლის პოპულაციაში. თუმცა კვლევებმა აჩვენა, რომ საგანმანათლებლო პროგრამების შედეგები არის ხანმოკლე, რაც ცხადყოფს, რომ უმნიშვნელოვანესია, ხანგრძლივ შედეგებზე ორიენტირებული სტრატეგიების შემუშავება სოფლის მოსახლეობის განათლების კუთხით (Zhang et al., 2022/ჟანგი და სხვები, 2022)

კიბოს პრევენციული ქცევის ჩამოყალიბება ადამიანებში მნიშვნელოვნად გაზრდის კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას. სოციოეკონომიკური სტატუსი განაპირობებს ჯანმრთელობის დაზღვევაზე, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.

კიბოს პრევენციის სტრატეგიები

ვინაიდან კიბოს დიაგნოზი გამომდინარეობს გენომის, გარემოს და სოციალური ფაქტორების (სოციოეკონომიკური სტატუსი, განათლება, კულტურა, ენა, წიგნიერება) ერთობლიობიდან, ამიტომ კიბოს პრევენციის სტრატეგიებიც, რომელიც გავლენას

იქონიებს კიბოს პრევენციის ქცევებსა და კიბოს გამოსავალზე, ამ მიმართულებით უნდა დაიგეგმოს.

კიბოს პრევენციის ეფექტური მიდგომები შესაძლებელია განხორციელდეს საზოგადოების და ჯანდაცვის სისტემის დონეზე საზოგადოების უშუალო ჩართვით. გარდა საზოგადოებისთვის მხოლოდ ინფორმაციის მიწოდების სტრატეგიისა, ისეთი პროგრამები, რომლებიც მოიაზრებს საზოგადოების აქტიურ მონაწილეობას და ჩართულობას, პასუხისმგებლობის აღებას პროგრამის იმპლემენტაციაზე, განვითარებასა და შეფასებაზე, უფრო ხანგრძლივი ეფექტის მომტანი იქნება. ასეთი ტიპის პროგრამები დააკავშირებს ერთმანეთთან ჯანდაცვის მუშაკებს და საზოგადოებას, და საშუალებას მისცემს საზოგადოებას, მოარგოს პროგრამები საკუთარ მოთხოვნილებებს. ასეთი კულტურულად (ეთნიკურად) და ლინგვისტურად მორგებული და გამართული კიბოს პრევენციის და სკრინინგის შესახებ ცოდნის მიღების მოდელები გააუმჯობესებს კიბოს გამოსავალს .

კიბოს წარმატებული პრევენციის პირველი საფეხურია განათლება. განათლება თავისთავად წარმოადგენს ჯანმრთელობის დამოუკიდებელ პროტექტორულ ფაქტორს. საგანმანათლებლო აქტივობები, რომელიც მიწოდებულია საზოგადოებისთვის მოსახერხებელ ადგილებში (ეკლესია, საზოგადოებრივი ცენტრები, ან სკოლა) მარტივად აღსაქმელი ფორმით (კულტურალურად და ენობრივად გამართული) განაპირობებს ამ ჩარევის ეფექტურობას. საზოგადოების განათლება, სკრინინგზე წვდომა, სკრინინგზე მიმართვის გაზრდა - ესაა ქმედებების კომბინაცია, რომელიც შეამცირებს კიბოს ადრეული გამოვლენის ხარვეზებს. ტრანსპორტირებისთვის გეოგრაფიული ბარიერის დასაძლევად, ზოგიერთ, მაგალითად, საზღვრისპირა რეგიონებში ტელე- და მობილური ტექნოლოგიების დანერგვა, მნიშვნელოვანი დამხმარე საშუალებად იქცევა. ადამიანების წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე შესაძლებელია სხვადასხვა არხით. დიდ ჯანდაცვის სისტემაში შესაძლებელია კიბოს პრევენციის სტრატეგიების ინტეგრაცია პოპულაციაზე დაფუძნებულ ზოგად ჯანდაცვის სტრატეგიებთან. მაგალითად, გრიპის ვაქცინაციაზე მისულ ადამიანს შესაძლებელია შეახსენონ კიბოს სკრინინგის შესახებ, ან ადგილზე შეათავაზონ სკრინინგული ტესტის ჩატარება. ადამიანის ქცევაზე უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ექიმის რეკომენდაციას. პირველადი ჯანდაცვის, ან ნებისმიერი რგოლის ექიმის რჩევას მნიშვნელოვნად შეუძლია განსაზღვროს ადამიანის ქცევა. აქედან

გამომდინარე, ექიმების ქცევების შესწავლას და მათზე ზემოქმედებას ასევე აქვს განმსაზღვრელი მნიშვნელობა (Lopez et al., 2019/ლოპეზი და სხვები, 2019).

ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდის მხრივ მნიშვნელოვანი როლი აქვს მედიას, რაც ბოლო დროს კრიტიკის საგანი გახდა. მედიის მიერ აქტიურადაა ატაცებული კამპანიები, სადაც ხაზს უსვამენ კიბოსთან, როგორც მტერთან ბრძოლას. კიბოს, როგორც მტრის წარმოჩენა, რომელთანაც ომში უნდა ჩავებათ, რომ გავიმარჯვოთ, პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოწოდებების დისკრედიტაციას ახდენს. ეს კამპანიები ზრდის კიბოთი გამოწვეულ შფოთვის, და მის პრევენციასთან დაკავშირებით სკეპტიციზმს ბადებს.

ამ რეალობის შესაცვლელად, ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემამ (NHS) 2022 წელს გადაწყვიტა გამოიყენოს რადიკალურად განსხვავებული მიდგომა - ფოკუსირება კიბოს შიშის დაძლევაზე, და არა კონკრეტულ სიმპტომებზე. NHS-ის მიერ წარმოგენილი კამპანიის ძირითადი მესიჯია, რომ თუ ფიქრობ, რომ რაღაც ისე არაა, სჯობს გაესინჯო ექიმს, რომ მშვიდად იყო, ან თუ საჭიროა, დაიწყო ადრეულად მკურნალობა, რომელიც მაქსიმალურად ზრდის კარგი შედეგის შანსს. NHS მოუწოდებს ადამიანებს, რომ არ გადადონ სამედიცინო შემოწმება, რომელსაც შეუძლია სიცოცხლე გადაარჩინოს, ხაზს უსვამს რა იმ ფაქტს, რომ 10-დან 9 პაციენტს შემოწმებისას საერთოდ არ უდასტურდება კიბო, მაგრამ თუ მაინც დადასტურდება, უკეთესია მკურნალობა დაიწყო ადრეულად, როდესაც გადარჩენის შანსი ყველაზე მაღალია (NHS England, 2022/ინგლისის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა, 2022). კიბოს წარმატებული მკურნალობის შანსი ბევრად მაღალია, თუ მისი აღმოჩენა ადრეულ სტადიაზე მოხდება.

2. კვლევის მეთოდები

2.1. კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორებზე, საყურადღებო ნიშნებსა და სიმპტომებზე, ასევე ხელმისაწვდომი სკრინინგული კვლევების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასება, რაც შემდგომში კიბოს პრევენციისა და ადრეული გამოვლენისთვის საჭირო პოლიტიკისა და ინტერვენციების უკეთ დაგეგმვისა და დანერგვის საშუალებას მოგვცემს.

ამოცანები:

მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორების, საყურადღებო ნიშნების და სიმპტომების, ასევე არსებული სკრინინგული კვლევების შესახებ.

მოსახლეობის დემოგრაფიულ მაჩვენებლებსა (ასაკი, სქესი, ეთნიკური კუთვნილება, განათლება, ოჯახური სტატუსი, შემოსავლის დონე, საცხოვრებელი ადგილი) და კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის დონეს შორის ურთიერთკავშირის განსაზღვრა.

კიბოს პრევენციისა და ადრეული გამოვლინებისთვის ეფექტური პოლიტიკის, საკომუნიკაციო კამპანიების, ინტერვენციების დაგეგმვისა და დანერგვისთვის საჭირო რეკომენდაციების შემუშავება.

2.2. საკვლევი პოპულაცია

>18 წ ასაკის საქართველოს მოსახლეობა

2.3. შენარჩვეის ზომა

შენარჩვეის ზომის გამოთვლა მოხდა აღწერილობითი კვლევებისთვის შემუშავებული სტანდარტული მეთოდის გამოყენებით შემდეგი მახასიათებლებისთვის: პოპულაციური პროპორცია 0,5 (რაც შეესაბამება შერჩევის მაქსიმალურ ზომას), 95%-იანი სანდოობის ინტერვალი, შეცდომის ზღვარი 5%, სარწმუნოების მაჩვენებლად განისაზღვრა $p < 0,05$

ფორმულში $n = (z^2 \times (p) \times (1 - (p))) / \epsilon^2$, თუ პოპულაციური პროპორცია შეადგენს 50%-ს, მაშინ - $z = 1.96$; $(p) \hat{=} 0.5$, $\epsilon = 0.05$

$$n = ([1.96]^2 \times 0.5 (1 - 0.5)) / [0.05]^2 = 384.16$$

2.4. კვლევის ადგილი

საქართველო

2.5. კვლევაში ჩართვის პროცედურები

ჩვენ გამოვიყენეთ შემთხვევითი ციფრებით დარეკვის (RDD-Random Digit Dialing) მეთოდი. ტელეფონის ნომრები შეიქმნა ეროვნული ტელეკომის პრეფიქსებისა და კომპიუტერის მიერ გენერირებული ექვსციფრიანი სუფიქსის გამოყენებით. თითოეულ ნომერს მაქსიმუმ სამჯერ დავურეკეთ სხვადასხვა სამუშაო დღეებში და სხვადასხვა დროს. 9,862 ნომრიდან, რომლებზეც დავრეკეთ, 4,136 იყო შეუსაბამო (გათიშული ან ბიზნეს ხაზები), ხოლო 2,944 უარი თქვა. 782 ხელმისაწვდომი კონტაქტიდან 385 დაასრულა ინტერვიუ, რაც ნიშნავს 49%-იან პასუხის მაჩვენებელს და დაახლოებით 12%-იან თანამშრომლობის მაჩვენებელს. სტრატეგიკაცია ან შეწონვა არ განხორციელებულა.

რესპოდენტს სატელეფონო საუბრის დასაწყისში ავუხსენით კვლევის მიზანი, და ვთხოვეთ სიტყვიერი თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე, რის შემდეგაც ჩავწერეთ სატელეფონო ინტერვიუ.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები

>18 წ ასაკი

სიტყვიერი თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე

ქართული ენის ცოდნა

გამორიცხვის კრიტერიუმი

18 წლამდე ასაკი

უარი გამოკითხვაში მონაწილეობაზე

ქართული ენის არცოდნა

2.6. კვლევის ინსტრუმენტები

კვლევისთვის გამოვიყენეთ კითხვარი - Cancer Research UK Cancer Awareness Measure (CAM) (ვერსია 2.1, განახლებული 09.02.11 წ.), რომელიც სპეციალურად შექმნილი, სტანდარტიზებული და ვალიდირებულია კიბოს სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის და დახმარების თხოვნის ბარიერების შესაფასებლად. ეს კითხვარი უფასოა, არ საჭიროებს ნებართვას.

კითხვარი შედგება 9 კითხვისა და 47 პუნქტისგან, რომელიც შეეხება:

კიბოს საექვო სიმპტომებს (კითხვა 1 და 2)

დახმარების თხოვნას (კითხვა 3),

ბარიერებს, რაც აბრკოლებს ადამიანს, გაიაროს ექიმთან კონსულტაცია (კითხვა 4),

კიბოს რისკ-ფაქტორებს (კითხვა 5 და 6),

კიბოსა და ასაკს შორის დამოკიდებულებას (კითხვა 7),

ყველაზე ხშირად გამოვლენილ სიმსივნეებს (კითხვა 8),

სკრინინგული პროგრამების შესახებ ცოდნას (კითხვა 9).

კითხვარი ნათარგმნია ინგლისურიდან ქართულად (forward) და ქართულიდან ინგლისურად (backward), ნათარგმნის სიზუსტის შესაფასებლად.

მხედველობაში მიღებულია ყველა რეკომენდაცია, რაც მოწოდებულია ავტორების მიერ კითხვარის მოდიფიკაციასთან დაკავშირებით.

შენარჩუნებულია ორიგინალურ ვერსიაში ჩამოთვლილი ყველა კითხვა (9), და ყველა პუნქტი (47), მე-4 კითხვაში (ბარიერებს, რაც აბრკოლებს ადამიანს, გაიაროს ექიმთან კონსულტაცია), ჩამატებულია პუნქტი „ფინანსური ბარიერი“, ვინაიდან ფინანსური ასპექტი მნიშვნელოვანი ბარიერია ქართულ რეალობაში. საბოლოო ჯამში, ჩვენს მიერ ადაპტირებულ ვერსიაში არის 48 პუნქტი.

შენარჩუნებულია ავტორების მიერ რეკომენდებული ყველა აუცილებელი დემოგრაფიული კითხვა და დამატებულია კითხვა, რომელიც შეეხება ოჯახის ყოველთვიურ შემოსავალს.

კითხვა 1 - არსებობს სიმსივნური დაავადებების მრავალი განსაკუთრებით საყურადღებო ნიშანი და სიმპტომი. ჩამოთვალეთ ყველა, რომელიც გაგონდებათ.

კითხვა 2 - ქვემოთ ჩამოთვლილი შეიძლება იყოს ან არა სიმსივნური დაავადების სიმპტომი ან ნიშანი. ჩვენ გვინტერესებს თქვენი აზრი:

2.1. ფიქრობთ, რომ უმიზეზო წარმონაქმნი ან შეშუპება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.2. ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული უმიზეზო ტკივილი შეიძლება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.3. ფიქრობთ, რომ უმიზეზო სისხლდენა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი
 ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.4. ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.5. ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ყლაპვის გაძნელება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.6. ფიქრობთ, რომ ხალის გარეგნული ცვლილება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი ფიქრობთ, რომ შეუხორცებელი ჭრილობა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

2.7. ფიქრობთ, რომ წონის უმიზეზო კლება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი
სავარაუდო პასუხები: დიახ, არა, არ ვიცი

კითხვა 3 - რომ გკონდეთ სიმპტომი, რომელსაც იფიქრებდით, რომ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების მაჩვენებელი, რამდენად სწრაფად მიმართავდით ექიმს კონსულტაციისთვის?

კითხვა 4 - ხანდახან ადამიანები გადადებენ ექიმთან ვიზიტს, მიუხედავად იმისა, რომ მათი აზრით აქვთ სერიოზული სიმპტომები. შეგიძლიათ თქვათ, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი შეგაფერხებთ ექიმთან წასვლისგან: ძალიან შემრცხვება, ძალიან შეშინებული ვიქნები, ვინერვიულებ, რომ ექიმს დროს ტყუილად დავახარჯინებ, ჩემს ექიმთან დალაპარაკება რთული იქნება, რთული იქნება ექიმთან ჩაწერა ვიზიტზე, ძალიან დაკავებული ვიქნები, იმისთვის, რომ ვიპოვო დრო ექიმთან წასასვლელად, ბევრი სხვა საფიქრალი მაქვს, გამიჭირდება ტრანსპორტის მოძიება ექიმთან წასასვლელად, ვინერვიულებ იმაზე, რაც ექიმმა შეიძლება აღმომიჩინოს, კომფორტულად არ ვიგრძნობ თავს ექიმთან ჩემს სიმპტომებზე საუბრისას, ექიმთან წასვლა ფინანსურ დანახარჯებთანაა დაკავშირებული, შემაფერხებს ფინანსური პრობლემები, სხვა (მიუთითეთ)

სავარაუდო პასუხები: დიახ, ხშირად; დიახ, ხანდახან; არა; არ ვიცი

კითხვა 5 - როგორ ფიქრობთ, რამ შეიძლება გაზარდოს ადამიანში სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკი?

კითხვა 6 - აქ ჩამოთვლილია, რასაც შეუძლია გაზარდოს სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკი. რამდენად ეთანხმებით, რომ ქვემოთ მოყვანილი ზრდის ადამიანისთვის სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკს: სიგარეტი ნებისმიერი რაოდენობით, პასიური მწველობა (სხვა ადამიანი რომ ეწევა თქვენს გარშემო), 1-ზე მეტი ერთეული სასმელის დალევა დღეში, პორციაზე ნაკლები ხილის ან ბოსტნეულის მიღება დღის განმავლობაში, წითელი ან დამუშავებული ხორცის მიღება დღეში ერთხელ ან მეტად, ჭარბი წონა (სმი >25), ბავშვობაში თუნდაც ერთხელ მზის დამწვრობა, 70 წელზე მეტი ასაკი, სიმსივნის არსებობა ახლო ნათესავში, ადამიანის პაპილომა ვირუსით ინფიცირება, 30 წთ-ზე ნაკლები ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა კვირაში 5 ჯერზე

ნაკლებად. სავარაუდო პასუხები: აბსოლუტურად არ ვეთანხმები; არ ვეთანხმები; არ ვარ დარწმუნებული; ვეთანხმები; აბსოლუტურად ვეთანხმები

კითხვა 7 – მომავალში, ყველაზე დიდი ალბათობით, რა ასაკის ადამიანებს განუვითარდება სიმსივნური დაავადებები. სავარაუდო პასუხები: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, >80, სიმსივნე არ არის დამოკიდებული ასაკზე.

კითხვა 8ა - როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 8ბ - როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში მეორე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 8გ - როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში მესამე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 8დ - როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 8ე - როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში მეორე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 8ვ - როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში მესამე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კითხვა 9ა - თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

სავარაუდო პასუხები: დიახ, არა, არ ვიცი

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე ქალბატონებს?

კითხვა 9ბ - თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

სავარაუდო პასუხები: დიახ, არა, არ ვიცი

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე ქალბატონებს

კითხვა 9გ - თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს მსხვილი მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

სავარაუდო პასუხები: დიახ, არა, არ ვიცი

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე

დემოგრაფიული კითხვები:

ასაკი, სქესი, ეროვნება (ქართველი, არაქართველი), ოჯახური მდგომარეობა (დაუოჯახებელი, დაოჯახებული, გამოორებული, განქორწინებული, ქვრივი, სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი, მირჩვენია, არ ვუპასუხო), განათლების დონე (არასრული საშუალო,

საშუალო, ტექნიკური, არასრული უმაღლესი, უმაღლესი), დასაქმება (უმუშევარი, თვითდასაქმებული, დასაქმებული, პენსიონერი, სტუდენტი), ოჯახის შემოსავალი (<500ლ, 500-1000 ლ, 1000-2000ლ, 2000-5000ლ, >5000ლ), ოჯახში მანქანის არსებობა (კი, არა), სიმსივნის ანამნეზი რესპონდენტის ან რესპონდენტის ოჯახში: რესპონდენტი, მისი პარტნიორი, ოჯახის წევრი, სხვა ნათესავი, ახლო მეგობარი, სხვა მეგობარი (კი, არა, არ ვიცი, მირჩევნია არ ვუპასუხო).

კითხვები კოდირებულია ორიგინალი კითხვარის რეკომენდაციის შესაბამისად.

2.7. კვლევის ეთიკური მხარე

თარგმნილი და ადაპტირებული კითხვარი საცდელ ეტაპზე შემოწმდა პირველ 20 რესპონდენტთან, იმისთვის, რომ შეგვეფასებინა რამდენად ნათლად და გასაგებად გადმოიცემოდა აზრი. ამის შემდეგ საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭომ (N11-33877, 20.12.2023) დაამტკიცა კითხვარის საბოლოო ვერსია და კვლევის პროტოკოლი.

კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი, და თითოეული რესპონდენტისგან ცნობიერი თანხმობა მიღება ხდებოდა კითხვარის შევსებამდე. RDD მეთოდის გამოყენების გამო, საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭომ გააუქმა წერილობითი თანხმობის მოთხოვნა და დაამტკიცა ზეპირი თანხმობის გამოყენება.

კითხვარის შევსება მოხდა რესპონდენტისგან ვერბალური თანხმობის მიღების შემდეგ დაცული იქნა სრული ანონიმურობა.

2.8. სტატისტიკური ანალიზი

კითხვარის მეშვეობით მღებული მონაცემების შეყვანა, ვერიფიკაცია, მართვა და სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდება - SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp) პროგრამაში

საწყის ეტაპზე მოხდა მონაცემთა გაწმენდა. თითოეული ცვლადის აღწერისთვის ჩატარდება აღწერილობითი სტატისტიკა, რისი შემდეგაც ჩატარდა ბივარიაციული ანალიზი, სადაც თვისობრივ ცვლადებს შორის ასოციაციის შესასწავლად გამოყენებულ იქნა ხი-კვადრატ (Chi-square) ტესტი და შანსთა ფარდობა (Odds Ratio – OR) შესაბამისი 95%-

იანი სანდოობის ინტერვალებით (95% Confidence Intervals – 95%CI), ხოლო თვისობრივ და რაოდენობრივ ცვლადებს შორის t ტესტი ან ANOVA. სარწმუნოების ინტერვალად განისაზღვრა p და განსხვავება სარწმუნოდ ჩაითვალა მაჩვენებლის < 0.05 მიღების შემთხვევაში, რის შემდეგაც ჩატარდა მულტივარიაციული ანალიზი წრფივი რეგრესიის მოდელით.

2.8.1. ცვლადები

გამოსავალ ცვლადებად განისაზღვრა 3 ცვლადი:

1. კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობა
2. კიბოს საყურადღებო ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ ინფორმირებულობა
3. ხელმისაწვდომი სკრინინგული კვლევების შესახებ ინფორმირებულობა

კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის დონე შეფასდება მოწოდებული კოდირების მიხედვით, სადაც მინიმუმი ქულა განისაზღვრება როგორც 9, მაქსიმუმი - 27, შესაბამისად 9-21 ქულა შეფასდება როგორც ინფორმირებულობის დაბალი, 22-24 - საშუალო და 25-27 - როგორც მაღალი დონე.

კიბოს საყურადღებო ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ ინფორმირებულობის დონე შეფასდება ასევე მოწოდებული კოდირების მიხედვით და განისაზღვრება როგორც ძალიან დაბალი, თუ ქულა არის 11-21, დაბალი, თუ ქულა არის 22-32, საშუალო, თუ ქულა არის 33-43, და მაღალი, თუ ქულა არის 44-55.

ხელმისაწვდომი სკრინინგული კვლევების შესახებ ინფორმირებულობა შეფასდება ცალ-ცალკე 3 კიბოს (ძუძუს, კოლორექტული და საშვილოსნოს ყელის) სკრინინგის შესახებ ინფორმირებულობის მიხედვით და განისაზღვრება პროცენტით, რამდენი არის ინფორმირებული და რამდენი - არა.

დადგინდა კავშირი 3 გამოსავალ ცვლადსა და დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს შორის:

ასაკი, სქესი, ეთნიკური კუთვნილება, განათლება, ოჯახური სტატუსი, შემოსავლის დონე, საცხოვრებელი ადგილი.

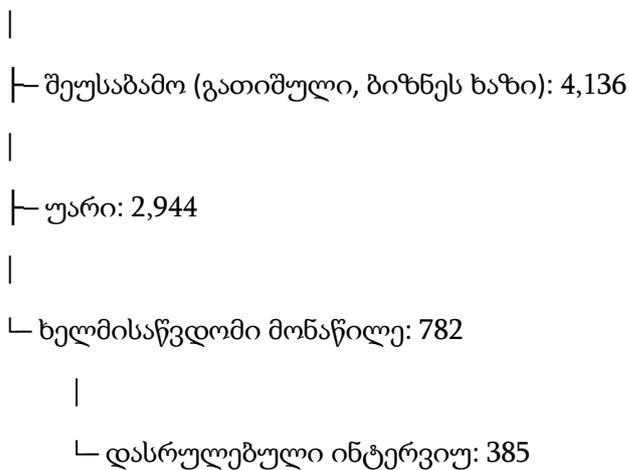
3. ძირითადი შედეგები

3.1. მონაწილეთა ნაკადი და მახასიათებლები

9,862 ნომრიდან, რომლებზეც განხორციელდა ზარი, 4,136 იყო შეუსაბამო (გათიშული ან ბიზნეს ხაზები), ხოლო 2,944 უარი თქვა. 782 ხელმისაწვდომი კონტაქტიდან 385 დაასრულა ინტერვიუ, რაც ნიშნავს 49%-იან პასუხის მაჩვენებელს და დაახლოებით 12%-იან თანამშრომლობის მაჩვენებელს (დიაგრამა 2). მიუხედავად შედარებით დაბალი თანამშრომლობის მაჩვენებლისა, აღნიშნული მნიშვნელობები შეესაბამება ტელეფონით ჩატარებული მოსახლეობაზე დაფუძნებული კვლევების საერთაშორისო პრაქტიკას.

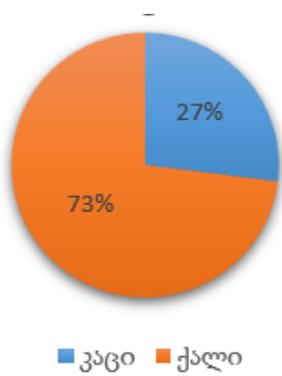
დიაგრამა 2. ნაკადის დიაგრამა

9,862 სატელეფონო ზარი დარეკილი



კვლევაში მონაწილე 385 ადამიანიდან 283 (73%) იყო ქალი, ხოლო 103 (27%) – მამაკაცი (დიაგრამა 3).

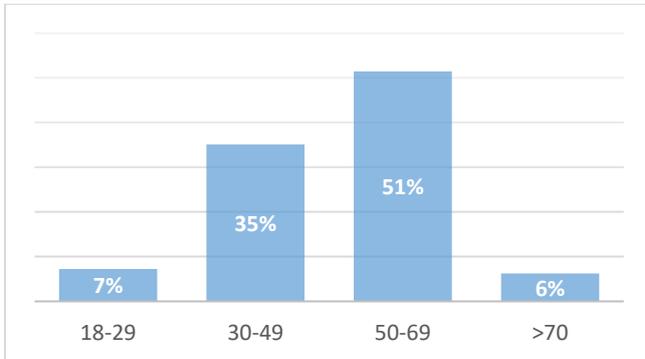
დიაგრამა 3. მონაწილეთა განაწილება სქესის მიხედვით



მონაწილეთა საშუალო ასაკი იყო 50 წ (SD 12.8). ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით: 18-29 წწ ასაკობრივ ჯგუფში იყო 28 (7.3%) რესპონდენტი, 30-49 წწ ასაკობრივ ჯგუფში 135 (35.1%),

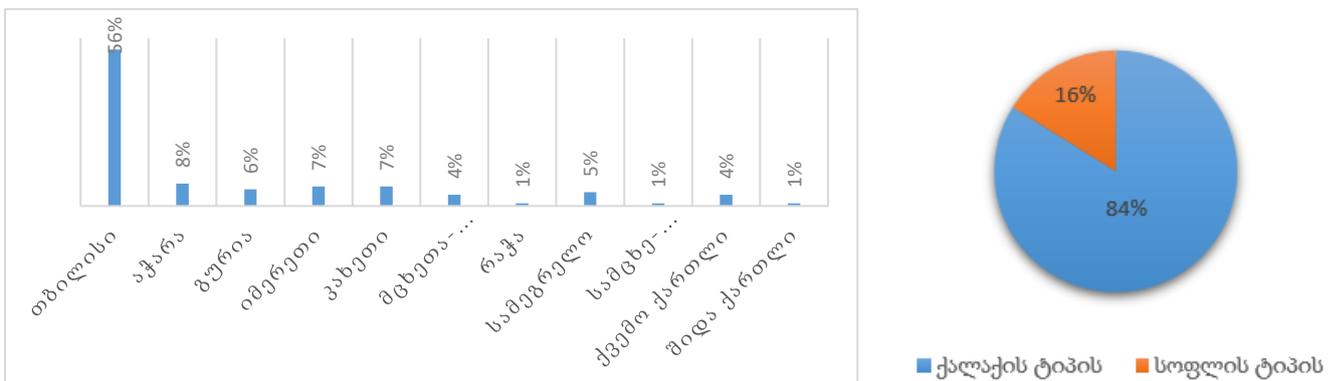
50-69 წწ ასაკობრივ ჯგუფში - 198 (51.4%), ხოლო >70 წწ ასაკობრივ ჯგუფში - 24 (6.2%) (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. რესპონდენტების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით



გამოკითხულთაგან 217 (56.4%) ცხოვრობდა თბილისში, ხოლო 168 (43.6%) სხვაგან, მათ შორის: 31 (8.1%) - აჭარაში, 22 (5.7%) - გურიაში, 25 (6.5%) - იმერეთში, 27 (6.9%) - კახეთში, 16 (4.2%) - მცხეთა-მთიანეთში, 2 (0.5%) - რაჭაში, 23 (6%) - სამეგრელოში, 3 (0.8%) - სამცხე-ჯავახეთში, 15 (3.9%) ქვემო ქართლში, 4 (1%) - ქვემო ქართლში. ამასთან 323 (83.9%) რესპონდენტი ცხოვრობდა ქალაქის ტიპის დასახლებაში, ხოლო 62 (16.1%) - სოფლის ტიპის დასახლებაში (დიაგრამა 5).

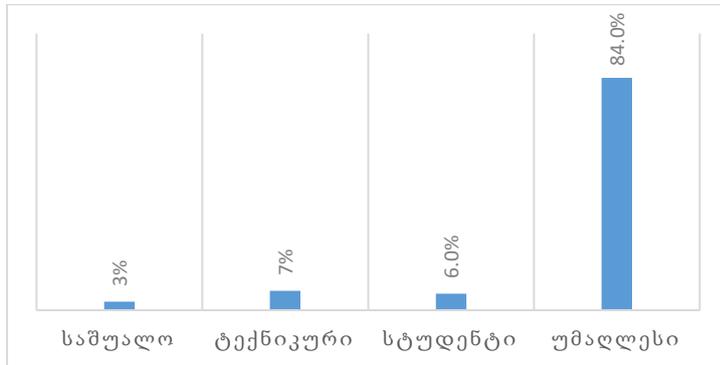
დიაგრამა 5. რესპონდენტების განაწილება საცხოვრებელი რეგიონის და ტიპის მიხედვით



რესპონდენტებისგან 377 (98%) იყო ქართველი, ხოლო 8 (2%) - სხვა ეროვნების.

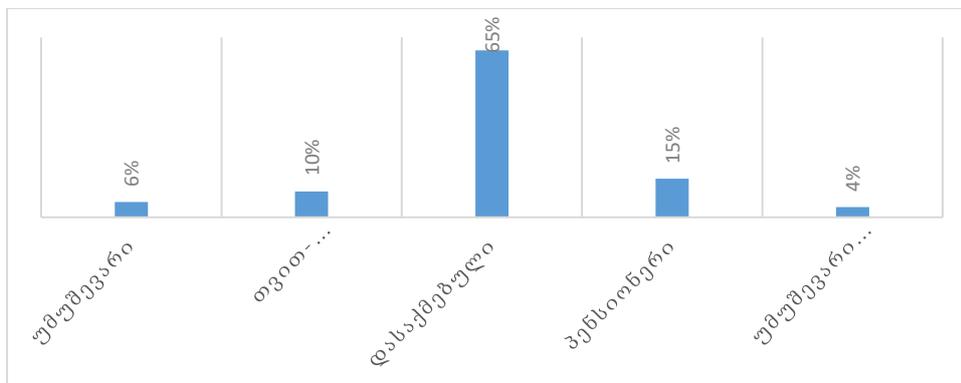
განათლების მიხედვით: 12 (3%) -ს ჰქონდა საშუალო განათლება, 27 (7%) - ტექნიკური, 21 (6%) იყო სტუდენტი, ხოლო 325 (84%) ჰქონდა უმაღლესი განათლება (დიაგრამა 6).

დიაგრამა 6. გამოკითხულთა განაწილება განათლების მიხედვით



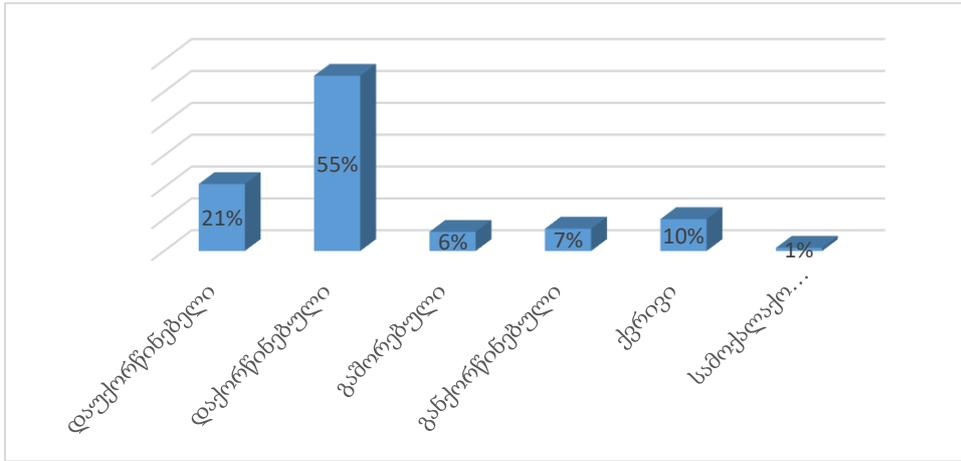
გამოკითხულთაგან 22 (5.7%) იყო უმუშევარი, 37 (10%) თვითდასაქმებული, 58 (15%) - პენსიონერი, 253 (55%) - დასაქმებული, ხოლო 15 (4%) - უმუშევარი სტუდენტი (დიაგრამა 7)

დიაგრამა 7. გამოკითხულთა განაწილება დასაქმების სტატუსის მიხედვით



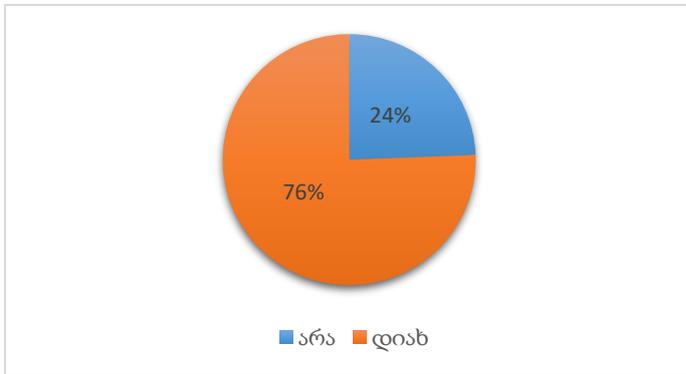
გამოკითხულთაგან 81 (21%) იყო დაუქორწინებელი, 213 (55%) - დაქორწინებული, 24 (6%) - გაშორებული, 25 (7%) - განქორწინებული, 38 (10%) - ქვრივი, ხოლო 4 (1%) იმყოფებოდა სამოქალაქო ქორწინებაში (დიაგრამა 8).

დიაგრამა 8. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით



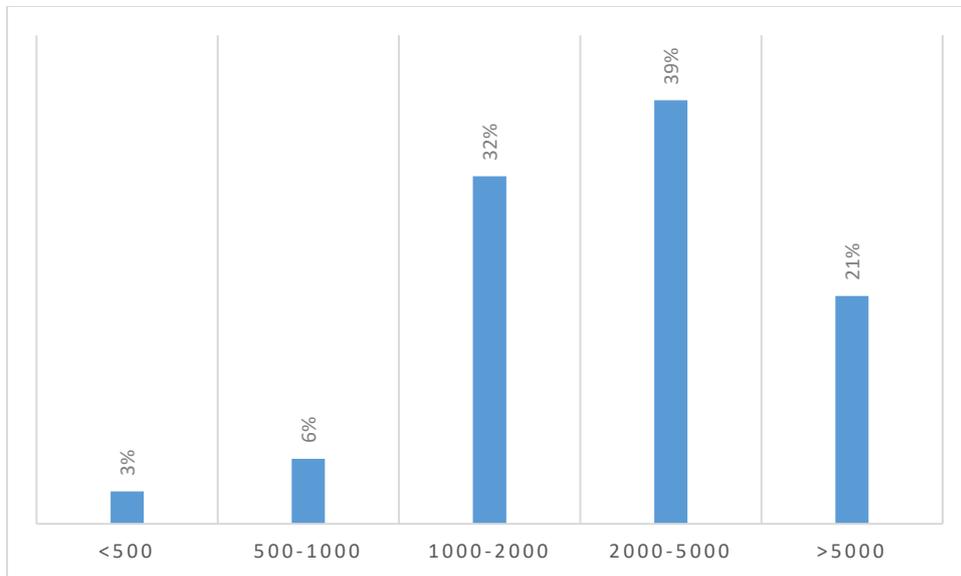
გამოკითხულთა 76% (291) ოჯახში ჰყავდათ მანქანა, ხოლო 24% (94) - არა (დიაგრამა 9).

დიაგრამა 9. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახში მანქანის არსებობის მიხედვით



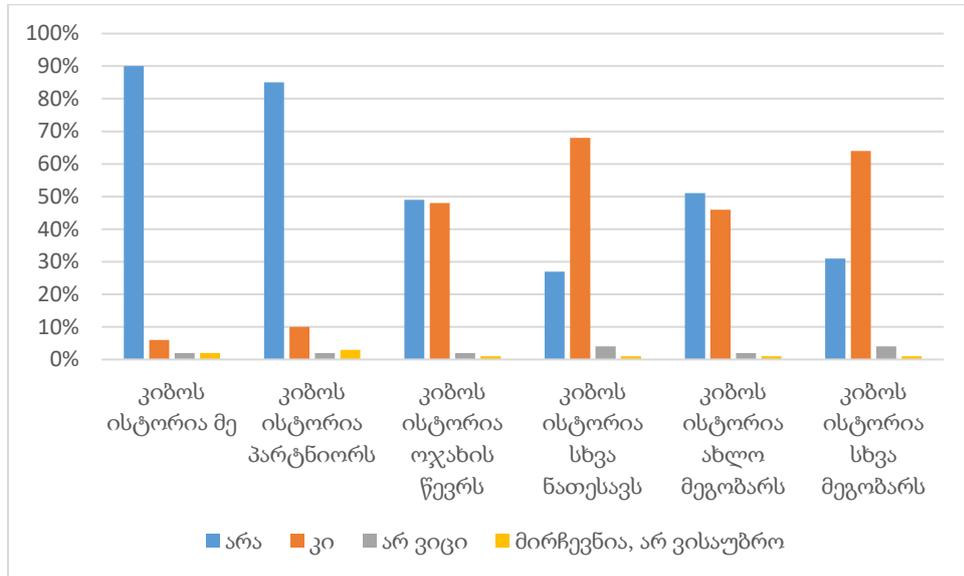
ოჯახის ყოველთვიური შემოსავლის მიხედვით განაწილება შემდეგნაირი იყო: <500 ლარი - (3%), 500 – 1000 ლარი - 10 (6%), 1000 – 2000 ლარი - 22 (32%), 2000 – 5000 ლარი - 124 (39%), > 5000 ლარი - 79 (21%) (დიაგრამა 10).

დიაგრამა 10. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახის ყოველთვიური შემოსავლის მიხედვით



ერთ-ერთი კითხვა მოიაზრებდა კიბოს დიაგნოზის არსებობის შესახებ ინფორმაციას თვითონ რესპონდენტთან, მის პარტნიორთან, ოჯახის წევრთან, სხვა ნათესავთან, ახლო მეგობართან და სხვა მეგობართან მიმართებაში. საკუთარი კიბოს ისტორიის შესახებ 345 (89.6%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 25 (6.5%) - კი, 7 (1.8%) - არ ვიცი, 8 (2.1%) - მირჩევნია, არ ვუპასუხო; პარტნიორის კიბოს ისტორიის შესახებ 389 (85.5%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 37 (9.6%) - კი, 9 (2.3%) - არ ვიცი, 10 (2.6%) - მირჩევნია, არ ვუპასუხო; ოჯახის წევრის კიბოს ისტორიის შესახებ 188 (48.8%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 187 (48.6%) - არა, 8 (2.1%) - არ ვიცი, 2 (0.5%) - მირჩევნია, არ ვუპასუხო; სხვა ნათესავის კიბოს ისტორიის შესახებ 105 (27.3%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 261 (67.8%) უპასუხა არა, 17 (4.4%) - არ ვიცი, 2 (0.5%) - მირჩევნია არ ვუპასუხო; ახლო მეგობრის კიბოს ისტორიის შესახებ 195 (50.6%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 178 (46.2%) უპასუხა კი, 8 (2.1%) - არ ვიცი, 4 (1%) - მირჩევნია არ ვუპასუხო; სხვა მეგობრის კიბოს ისტორიის შესახებ 118 (30.6%) რესპონდენტმა უპასუხა არა, 246 (63.9%) უპასუხა კი, 16 (4.2%) - არ ვიცი, 5 (1.3%) - მირჩევნია არ ვუპასუხო (დიაგრამა 11).

დიაგრამა 11. გამოკითხულთა განაწილება კიბოს ისტორიის მიხედვით



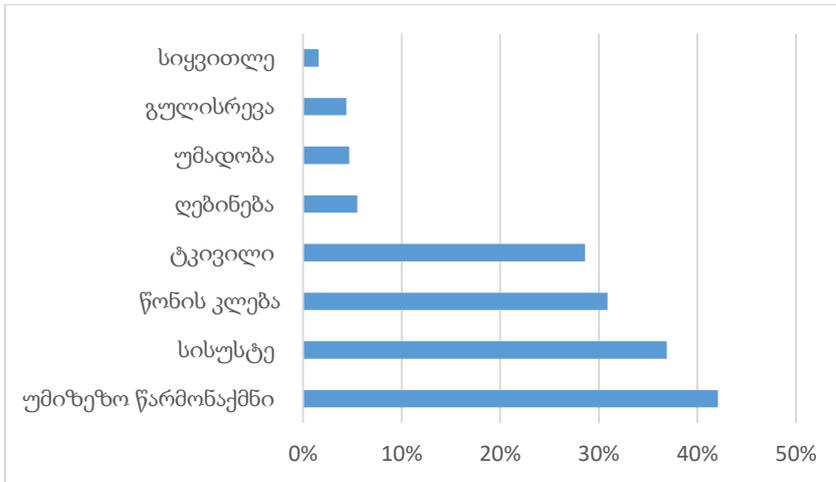
კვლევაში მონაწილეთა სოციოდემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია ცხრილებში 1-12.

3.2. კიბოს სიმპტომების ცოდნა

3.2.1. აღწერილობითი სტატისტიკა

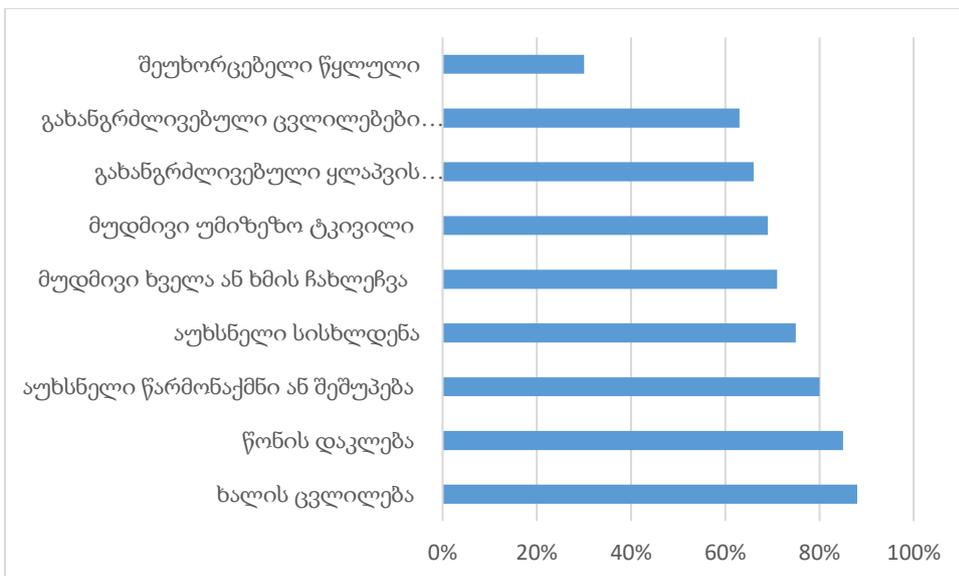
ღია ტიპის კითხვაზე პასუხების მიხედვით, ყველაზე ხშირად ნახსენები სიმპტომები იყო უმიზეზო წარმონაქმნი - კვანძი (42.1%), სისუსტე (36.9%), წონის დაკლება (30.9%) და ტკივილი (28.6%), მაშინ როცა ყველაზე იშვიათად (<5%) აღნიშნავდნენ გულისრევას (4.4%), ღებინებას (5.5%), სიყვითლესა (1.6%) და მადის დაკარგვას (4.7%) (დიაგრამა 12).

დიაგრამა 12. რესპონდენტების მიერ დასახელებული კიბოს სიმპტომები

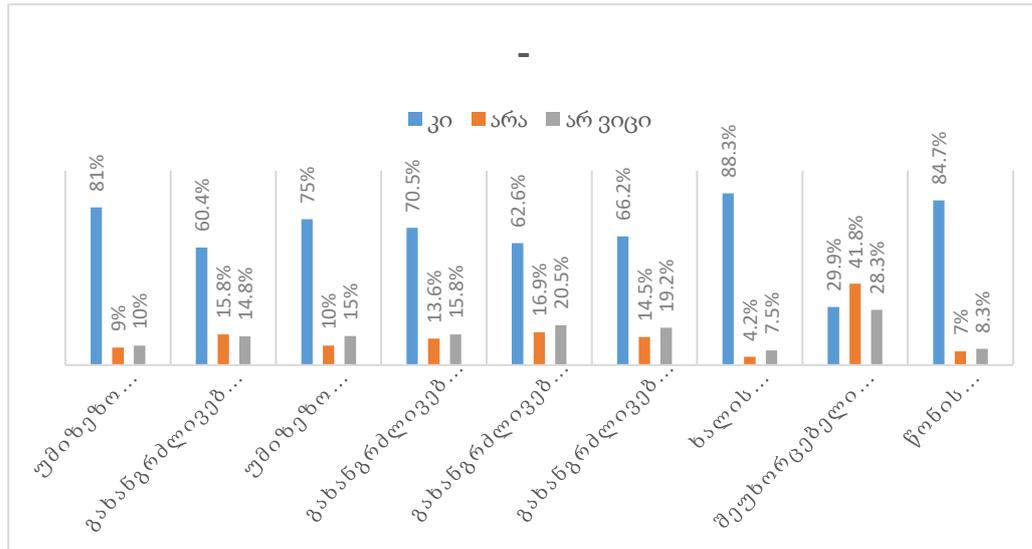


ყველაზე მეტად ამოცნობილი სიმპტომი იყო ხალის ცვლილება (88.3%), რასაც მოჰყვებოდა აუხსნელი წონის დაკლება (85%), აუხსნელი წარმონაქმნი ან შეშუპება (80%) და უმიზეზო სისხლდენა (75%). ნაკლებად ცნობილ სიმპტომებს შორის იყო მუდმივი ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა (71%), მუდმივი უმიზეზო ტკივილი (69%), გახანგრძლივებული ყლაპვის გაძნელება (66%), გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ (63%), ხოლო ყველაზე ნაკლებად აღქმული იყო შეუხორცებელი წყლული (30%).

დიაგრამა 13. რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი კიბოს სიმპტომები



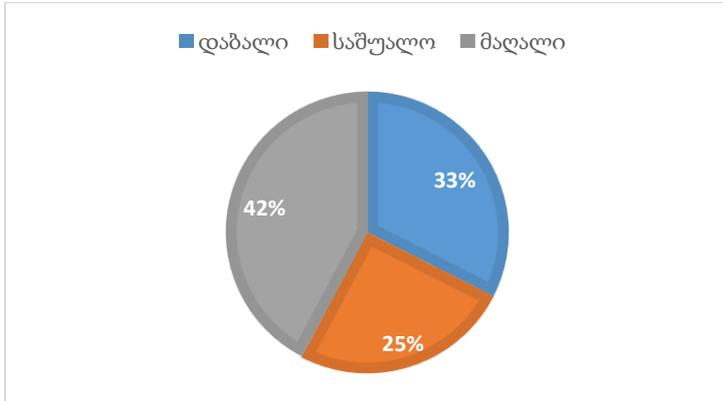
დიაგრამა 14. რესპონდენტების მიერ კიბოს სიმპტომები ცოდნა



კიბოს რეალურ სიმპტომებთან მიმართებაში: აუხსნელი წარმონაქმნი ან შეშუპება - გამოკითხულთა 81% მიუთითა კი, 9% მიუთითა არა, 10% მიუთითა არ ვიცი; აუხსნელი, გახანგრძლივებული ტკივილი - გამოკითხულთა 60.4% მიუთითა კი, 15.8% მიუთითა არა, 14.8% მიუთითა კი; უმიზეზო სისხლდენა - გამოკითხულთა 75% მიუთითა კი, 10% მიუთითა არა, 15% მიუთითა არ ვიცი; გახანგრძლივებული ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა - გამოკითხულთა 70.5% - მიუთითა კი, 13.6% მიუთითა არა, 15.8% მიუთითა არ ვიცი; გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ - გამოკითხულთა 62.6% მიუთითა კი, 16.9% მიუთითა არა, 20.5% მიუთითა არ ვიცი; გახანგრძლივებული ყლაპვის გამწვანება - გამოკითხულთა 66.2% - მიუთითა კი, 14.5% - მიუთითა არა, 19.2% მიუთითა არ ვიცი; ხალის გარეგნული ცვლილება - 88.3% - მიუთითა კი, 4.2% მიუთითა არა, 7.5% მიუთითა არ ვიცი; შეუხორცებელი ჭრილობა - 29.9% მიუთითა კი, 41.8% მიუთითა არა, 28.3% მიუთითა არ ვიცი; წონის უმიზეზო კლება - რესპონდენტების 84.7% მიუთითა კი, 7% მიუთითა არა, 8.3% მიუთითა არ ვიცი.

კიბოს სიმპტომების ცოდნის საშუალო ჯამური მაჩვენებელი იყო 22.87 (SD = 3.67), რაც დაბალი ცოდნის დიაპაზონში ხვდება. 385 რესპონდენტიდან 222-ს (57.7%) ჰქონდა კიბოს საყურადღებო ნიშნების შესახებ დაბალი ან საშუალო დონის ცოდნა (32.7% ჰქონდა დაბალი, 25.2% ჰქონდა საშუალო, ხოლო 42.3% ჰქონდა მაღალი).

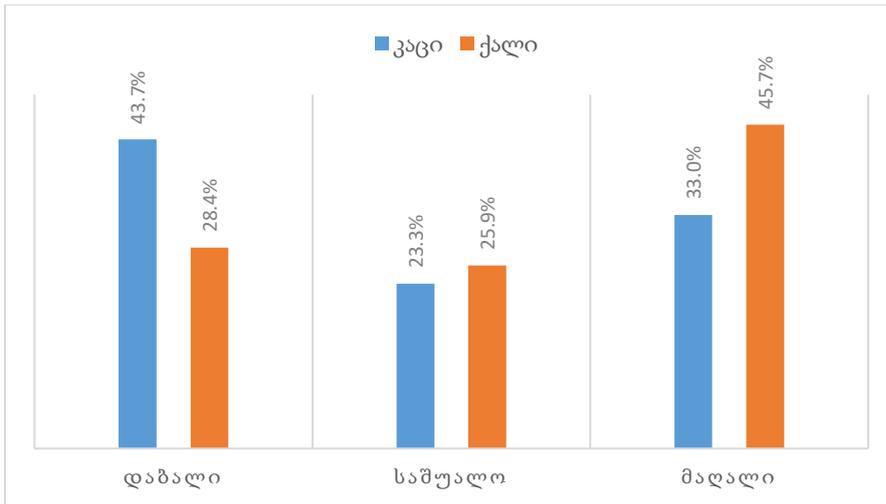
დიაგრამა 15. რესპონდენტების მიერ კიბოს სიმპტომები ცოდნის დონე



3.2.2. სიმპტომების ცოდნის დონე - ბივარიაციული ანალიზი

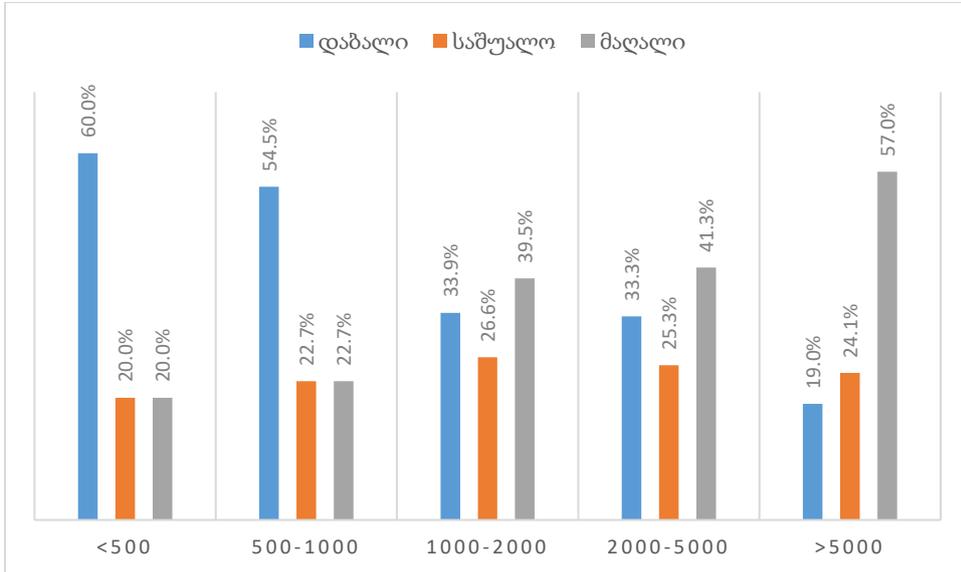
ბივარიაციული ანალიზით აღმოჩნდა, რომ ქალების ცოდნა კიბოს სიმპტომების შესახებ მნიშვნელოვნად მაღალი იყო მამაკაცებთან შედარებით (საშუალო ქულა 23.3 (SD=3.4) vs 21.8 (SD=4.1), p=0.014).

დიაგრამა 16. რესპონდენტების მიერ სიმპტომები ცოდნის დონე სქესის მიხედვით



ხოლო კიბოს სიმპტომების ცოდნასა და ოჯახი შემოსავალს შორის დადებითი კავშირი დაფიქსირდა ($\chi^2 (8) = 17.907, p=0.022$).

დიაგრამა 17. რესპონდენტების მიერ სიმპტომები ცოდნის დონე ოჯახის ყოველთვიური შემოსავლის დონის მიხედვით



განათლების დონესა და სიმპტომების ცოდნას შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი არ გამოვლინდა, თუმცა ცოდნა განსაკუთრებით დაბალი იყო სტუდენტებში (72%-ს ჰქონდა დაბალი ან საშუალო დონის ცოდნა სიმპტომების შესახებ). ანალოგიურად, საცხოვრებელი ადგილის ტიპის მიხედვით განსხვავება მნიშვნელოვნად არ გამოვლენილა, თუმცა ცნობადობა უფრო დაბალი იყო სოფლის ტიპის დასახლებაში. დამატებით, 70 წელზე ზემოთ ასაკის პირების 50%-ს ჰქონდა კიბოს სიმპტომების დაბალი ცნობადობა. გამოკითხულთა სოციალურ-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან კიბოს სიმპტომების ცნობადობის კავშირი წარმოდგენილია ცხრილში 29.

ცხრილი 29. კიბოს სიმპტომების ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

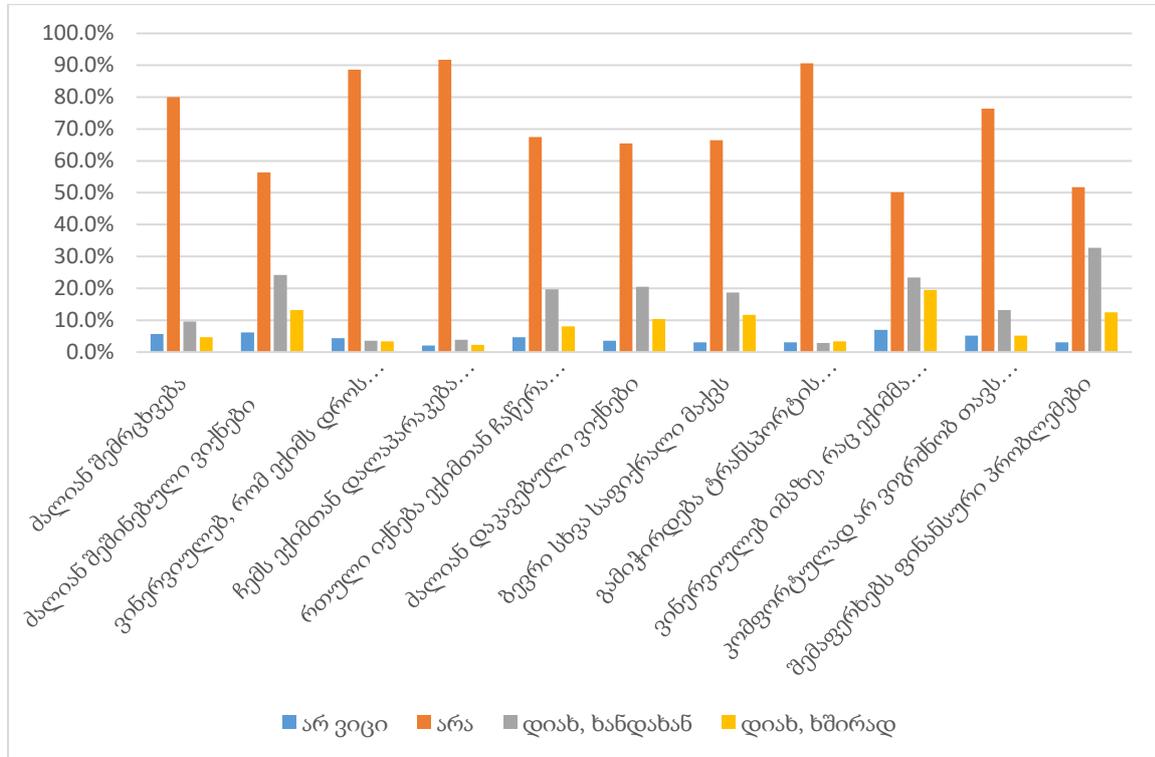
სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	კიბოს სიმპტომების ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	Df	p-value

ასაკი	8.704	6	0.191
სქესი	8.544	2	0.014*
რეგიონი	17.671	20	0.609
დასახლების ტიპი	9.197	8	0.326
ოჯახური მდგომარეობა	20.224	12	0.063
განათლება	2.895	6	0.822
დასაქმება	12.132	8	0.145
ოჯახის შემოსავალი	17.907	8	0.022*

3.3. ექიმთან მიმართვის განზრახვები და ბარიერები

კიბოს პოტენციური სიმპტომებისადმი რეაგირებამ აჩვენა, რომ ადამიანები ექიმს მიმართავენ საშუალოდ 10 დღეში (SD = 15). რესპონდენტთა 19.5% ექიმთან მისვლას ერთ თვეზე მეტხანს გადადებდა, ხოლო 3% საერთოდ არ მიმართავდა სამედიცინო დახმარებას. ყველაზე გავრცელებული ფაქტორები, რომლებიც ექიმთან მისვლის შეფერხებას იწვევდა, იყო ფინანსური სიძნელეები (45.2%), ნერვიულობა იმაზე, რაც ექიმმა შეიძლება აღმოაჩინოს (42.9%) და შიშები (37.4%). ბარიერებში ასევე დასახელდა: ძალიან შემრცხვება - 14%, მემინია რომ ექიმს დროის ტყუილად დავახარჯინებ - 7%, ჩემს ექიმთან დალაპარაკება რთული იქნება - 6%, რთული იქნება ვიზიტზე ჩაწერა - 27.8%, ძალიან დაკავებული ვიქნები - 30.9%, ბევრი სხვა საფიქრალი მაქვს - 30.4%, გამიჭირდება ტრანსპორტის მოძიება - 6.2%, კომფორტულად არ ვიგრძნობ თავს ექიმთან ჩემს სიმპტომებზე საუბრისას - 18.4%.

დიაგრამა 18. კიბოს საექმო სიმპტომის არსებობის შემთხვევაში ექიმთან წასვლის ბარიერები



3.3.1 ბივარიაციული ანალიზი

ქალები უფრო ხშირად აღნიშნავენ ექიმთან მისვლის შიშს მამაკაცებთან შედარებით ($\chi^2 (3) = 7.593, p = 0.055$), თუმცა შედეგი სტატისტიკურად სარწმუნო არ იყო. ამის საპირისპიროდ, მამაკაცები მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად მიუთითებდნენ ექიმთან სიმპტომების განხილვის სირთულეზე ($\chi^2 (3) = 8.774, p = 0.032$). 18–29 და 30–49 წლის ასაკობრივი ჯგუფები ($\chi^2 (9) = 18.188, p = 0.033$), ასევე სტუდენტები და დასაქმებული პირები ($\chi^2 (12) = 20.294, p = 0.062$), ხშირად აღნიშნავენ, რომ ექიმთან მისვლისთვის ძალიან დაკავებულები იქნებოდნენ.

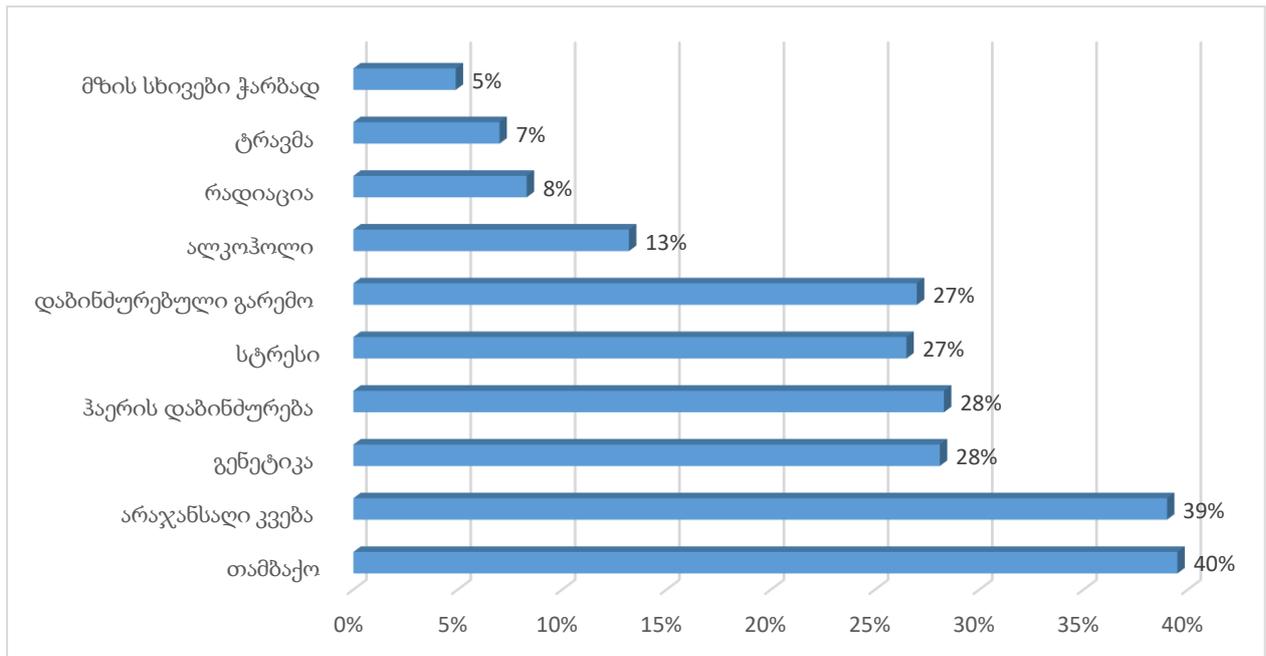
ფინანსური სიმკვლეები, რომელიც წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებული ბარიერს (45.2%), სარწმუნოდ ასოცირდებოდა ექიმთან მისვლის გადადებასთან საოჯახო შემოსავლის მიხედვით ($\chi^2 (12) = 33.297, p < 0.001$).

3.4 კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა

3.4.1. აღწერილობითი სტატისტიკა

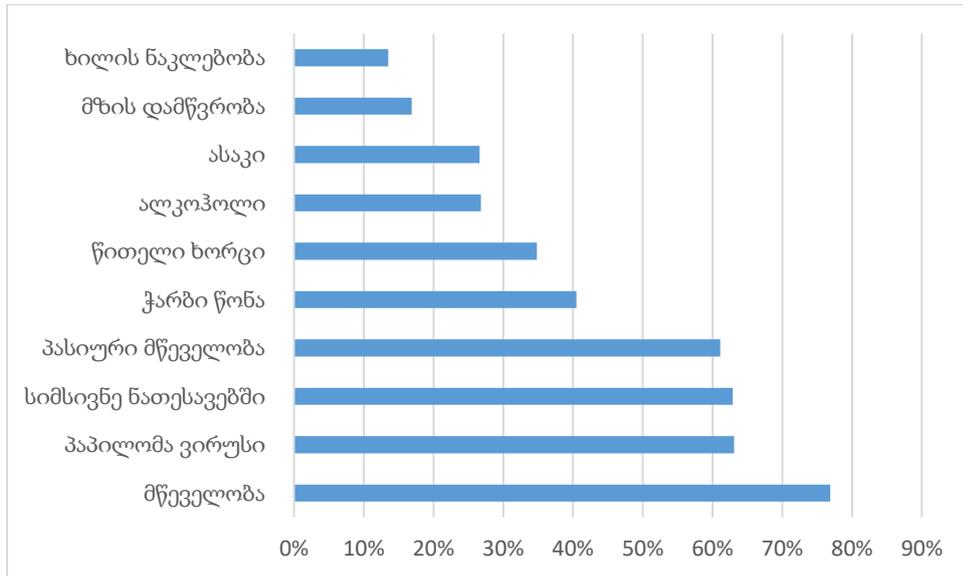
ღია კითხვებზე პასუხების მიხედვით, ყველაზე ხშირად ნახსენები კიბოს რისკ-ფაქტორები იყო თამბაქოს მოხმარება (39.5%), არაჯანსაღი დიეტა (39.0%), ატმოსფერული დაბინძურება (28.3%), გენეტიკა (28.1%), დაბინძურებული გარემო (27.0%) და სტრესი (26.5%). ამას მოსდევდა ალკოჰოლის მოხმარება - 13%, რადიაცია - 8%, ტრავმა - 7% და მზის სხივებზე ჭარბად ყოფნა - 5%.

დიაგრამა 19. კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ დასახელებული)



ყველაზე მეტად აღიარებული რისკ-ფაქტორები იყო მოწევა (76.9%), HPV (63.1%), ოჯახური ისტორია (62.9%) და პასიური მოწევა (61.1%). ნაკლებად ცნობილ ფაქტორებად დასახელდა არაჯანსაღი კვება - ხილის ნაკლებობა რაციონში (14%), მზის დამწვრობა (17%), ალკოჰოლის მოხმარება (27%), წითელი ხორცის ჭარბი მიღება (35%), ჭარბი წონა და სიმსუქნე (41%) და ასაკი (27%).

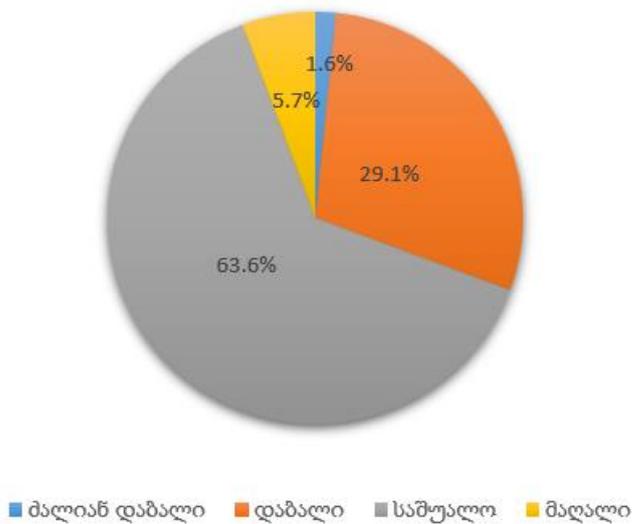
დიაგრამა 20. კიბოს რისკ-ფაქტორები (რესპონდენტების მიერ ამოცნობილი)



კიბოს რისკფაქტორების ცნობიერების საერთო საშუალო ქულა იყო 34.91 (SD = 5.762), რაც საშუალო ცნობიერების დიაპაზონის ქვედა ზღვარს უახლოვდება.

მხოლოდ 5.7%-ს ჰქონდა კიბოს რისკფაქტორების მაღალი ცოდნა, 63.6%-ს – საშუალო, ხოლო 30.7%-ს – დაბალი ან ძალიან დაბალი დონე.

დიაგრამა 21. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე



3.4.2. კიბოს რისკ-ფაქტორებს ცოდნის დონე - ბივარიაციული ანალიზი

კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა მნიშვნელოვნად ასოცირდებოდა ასაკთან ($\chi^2 (9) = 18.854, p = 0.026$): საშუალო ქულები იყო 35.1 (SD = 5.0), 36.0 (SD = 5.98), 34.3 (SD = 5.68) და 33.5 (SD = 5.23) შესაბამისად 18–29, 30–49, 50–69 და >70 ასაკობრივ ჯგუფებში, რაც მიუთითებს უფრო დაბალ ცნობიერებაზე უფროს ასაკში. ქალაქებში მცხოვრებ პირებს რისკ-ფაქტორების შესახებ მნიშვნელოვნად მაღალი ინფორმაცია ჰქონდათ სოფლებში მცხოვრებ პირებთან შედარებით ($\chi^2 (12) = 24.103, p = 0.02$).

რესპონდენტთა 61% ფიქრობდა, რომ კიბოს განვითარება ასაკზე დამოკიდებული არ არის. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცნობიერებისა და გამოკითხულთა სოციალურ-დემოგრაფიულ პარამეტრებთან ასოციაციები წარმოდგენილია ცხრილში 30.

ცხრილი 30. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	18.854	9	0.026*
სქესი	5.004	3	0.172
რეგიონი	42.743	30	0.062
დასახლების ტიპი	24.103	12	0.020*
ოჯახური მდგომარეობა	31.01	18	0.029
განათლება	6.781	9	0.66
დასაქმება	10.051	12	0.612
ოჯახის შემოსავალი	25.562	12	0.012*

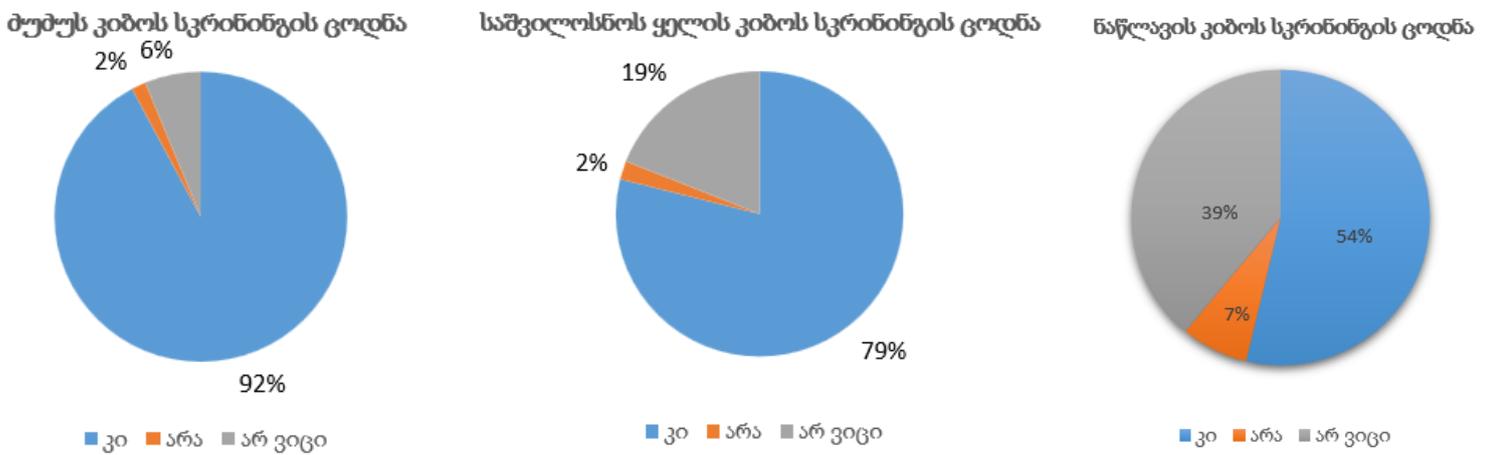
3.5. ყველაზე გავრცელებული კიბოების და ეროვნული სკრინინგ პროგრამების ცნობადობა

3.5.1. აღწერილობითი სტატისტიკა

რესპონდენტებს სთხოვეს დაესახელებინათ ქალებში და მამაკაცებში ყველაზე გავრცელებული სამი სახეობის კიბო. ქალებისთვის მონაწილეებმა ყველაზე ხშირ კიბოებად დაასახელეს ძუძუს კიბო (74%), საშვილოსნოს ყელის კიბო (63.4%) და ნაწლავის კიბო (15.8%). მამაკაცებისთვის უმეტესობამ მიუთითა წინამდებარე ჯირკვლის კიბო (56.4%), ფილტვის კიბო (29.6%) ან ნაწლავის კიბო (17.1%).

არსებული სკრინინგ პროგრამების შესახებ ცნობიერების მხრივ, ძუძუს კიბოს სკრინინგთან მიმართებაში, რესპონდენტთა 92.2% უპასუხა, რომ ინფორმირებულია ძუძუს კიბოს სკრინინგის შესახებ, 2%-მა უპასუხა, რომ ასეთი პროგრამა არ არსებობს, ხოლო 6%-მა უპასუხა რომ არ იცის, ეს პროგრამა არსებობს თუ არა. თუმცა, ვინც ინფორმირებული იყო ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობის შესახებ, მათგან მხოლოდ 63%-მა განსაზღვრა სწორად შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფი (40–70 წელი). საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან მიმართებაში, რესპონდენტთა 79%-მა უპასუხა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის შესახებ ინფორმირებულია, 2%-მა უპასუხა, რომ ასეთი პროგრამა არ არსებობს, ხოლო 19%-მა უპასუხა რომ არ იცის, ეს პროგრამა არსებობს თუ არა. მათ შორის, ვინც იცოდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობის შესახებ, მხოლოდ 13%-მა დაასახელა ზუსტად მიზნობრივი ასაკობრივი ჯგუფი (25–60 წელი). ხოლო რაც შეეხება კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამას, 53.8% ინფორმირებული იყო მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამის შესახებ, 7% -მა უპასუხა, რომ მსგავსი პროგრამა არ არსებობს, ხოლო 39%-მა უპასუხა, რომ არ იცის კოლორექტული კიბოს სკრინინგი არსებობს თუ არა. მათგან, ვინც იცოდა კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობის შესახებ, მათგან მხოლოდ 47.4%-მა განსაზღვრა სწორად სამიზნე ასაკობრივი ინტერვალი (50–70 წელი).

დიაგრამა 22. სკრინინგული პროგრამების ცოდნა



3.5.2. ბივარიაციული ანალიზი

ქალები მნიშვნელოვნად მეტად იყვნენ ინფორმირებული სამივე სკრინინგ პროგრამის შესახებ, ვიდრე მამაკაცები. ცნობიერება ასევე მნიშვნელოვნად მერყეობდა ასაკის მიხედვით: ყველაზე მაღალი დონე დაფიქსირდა 18–29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო ყველაზე მაღალი – 70 წელზე უფროს ასაკში. უმაღლესი განათლების მქონე პირები უფრო ინფორმირებულები იყვნენ, ვიდრე სტუდენტები ან მხოლოდ საშუალო განათლების მქონე პირები.

ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცნობიერება უფრო მაღალი იყო დასაქმებულ/თვითდასაქმებულ პირებში, ვიდრე უმუშევრებსა და სტუდენტებში ($p = 0.01$). სოფლებში ცნობიერება უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ქალაქებში ($p = 0.062$), თუმცა ეს განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ აღმოჩნდა.

სკრინინგ პროგრამების ცნობადობასა და სოციალური-დემოგრაფიული პარამეტრებს შორის ასოციაციები ნაჩვენებია ცხრილში 31-33.

ცხრილი 31. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	Df	p-value
ასაკი	37.646	6	0.000*
სქესი	15.239	2	0.000*
რეგიონი	22.018	20	0.340
დასახლების ტიპი	14.867	8	0.062
ოჯახური მდგომარეობა	10.068	12	0.610
განათლება	30.717	6	0.000*
დასაქმება	19.974	8	0.010*
ოჯახის შემოსავალი	11.814	8	0.160

ცხრილი 32. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	33.900	6	0.000*
სქესი	24.476	2	0.000*

რეგიონი	13.574	20	0.851
დასახლების ტიპი	11.359	8	0.182
ოჯახური მდგომარეობა	8.716	12	0.727
განათლება	29.306	6	0.000*
დასაქმება	14.755	8	0.064
ოჯახის შემოსავალი	6.118	8	0.634

ცხრილი 33. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	33.345	6	0.000*
სქესი	17.176	2	0.000*
რეგიონი	23.686	20	0.256
დასახლების ტიპი	4.709	8	0.788
ოჯახური მდგომარეობა	8.497	12	0.745
განათლება	12.375	6	0.054
დასაქმება	3.802	8	0.875
ოჯახის შემოსავალი	8.591	8	0.378

3.6. მულტივარიაციული ანალიზი

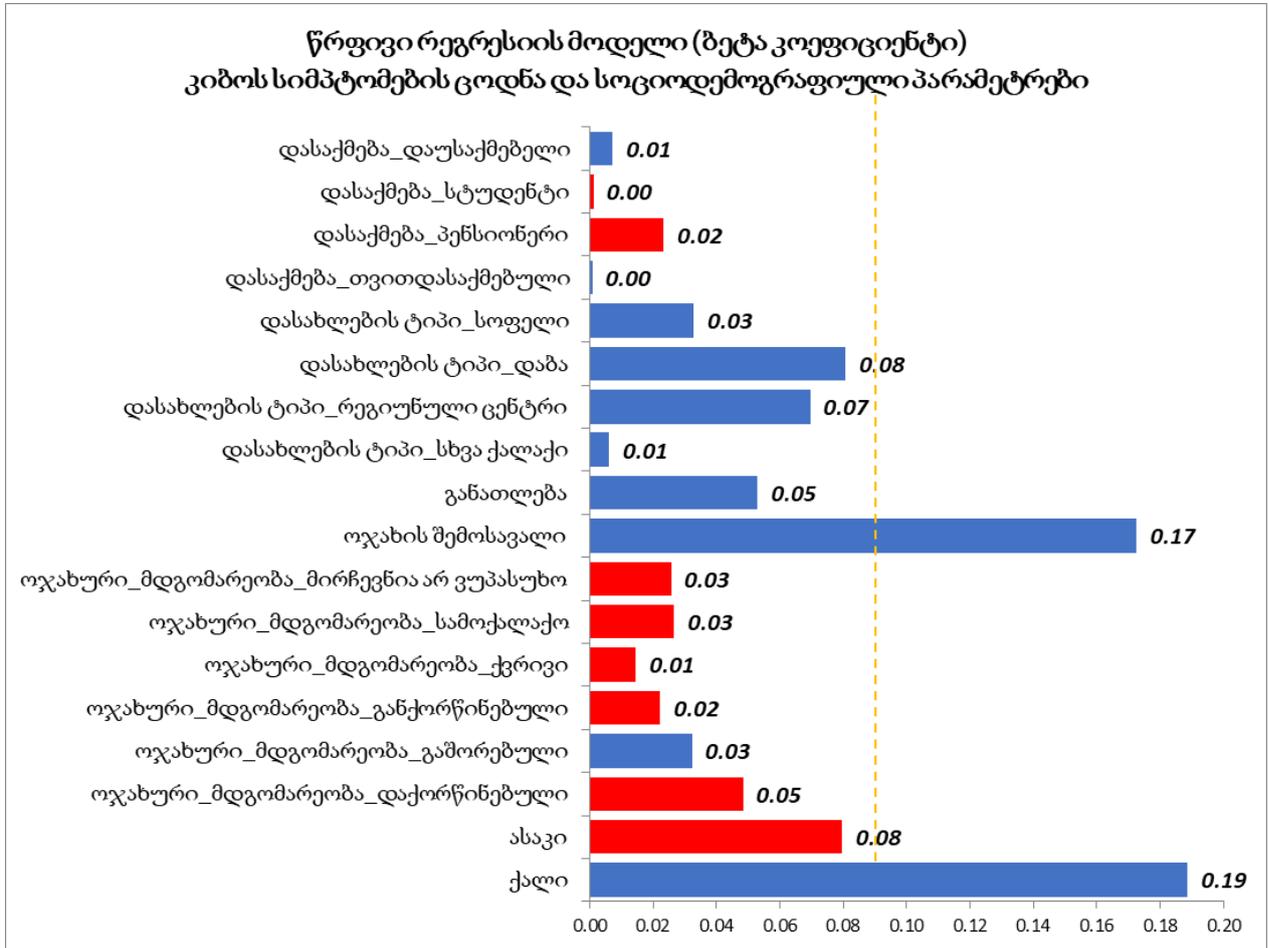
სრულად ადაპტირებული მოდელების მიხედვით (დიაგრამა 22-26), ქალებმა უფრო მაღალი მაჩვენებლები აჩვენეს, ვიდრე მამაკაცებმა სიმპტომების ცოდნის მხრივ ($\beta = 0.19$, B

= 1.56, 95% სმდ: 0.7–2.4; $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.04$), რისკ-ფაქტორების ცოდნის მხრივ ($\beta = 0.12$, $B = 1.56$, 95% სმდ: 0.2–2.9; $p = 0.02$, კორექტირებული $R^2 = 0.07$), და უფრო ხშირად იყვნენ ინფორმირებულნი სკრინინგის პროგრამების შესახებ ძუძუს კიბოსთვის ($\beta = 0.16$, $B = 0.18$, 95% სმდ: 0.06–0.3; $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.08$), საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის ($\beta = 0.23$, $B = 0.41$, 95% სმდ: 0.21–0.61; $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.1$) და მსხვილი ნაწლავის კიბოსთვის ($\beta = 0.2$, $B = 0.44$, 95% სმდ: 0.22–0.66; $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.06$).

ოჯახის უფრო მაღალი შემოსავალი ასოცირებული იყო სიმპტომების უკეთ ცოდნასთან ($\beta = 0.17$, $B = 0.67$, CI: 0.23–1.1; $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.04$) და რისკ-ფაქტორების ცოდნასთან ($\beta = 0.19$, $B = 1.17$, 95% CI: 0.51–1.83, $p < 0.001$, კორექტირებული $R^2 = 0.07$). სოფლად ცხოვრება დამოუკიდებლად იყო ასოცირებული რისკ-ფაქტორების უფრო დაბალ ცოდნასთან ($\beta = 0.13$, $B = 3.1$, 95% CI: 0.5–5.7, $p = 0.02$, კორექტირებული $R^2 = 0.07$).

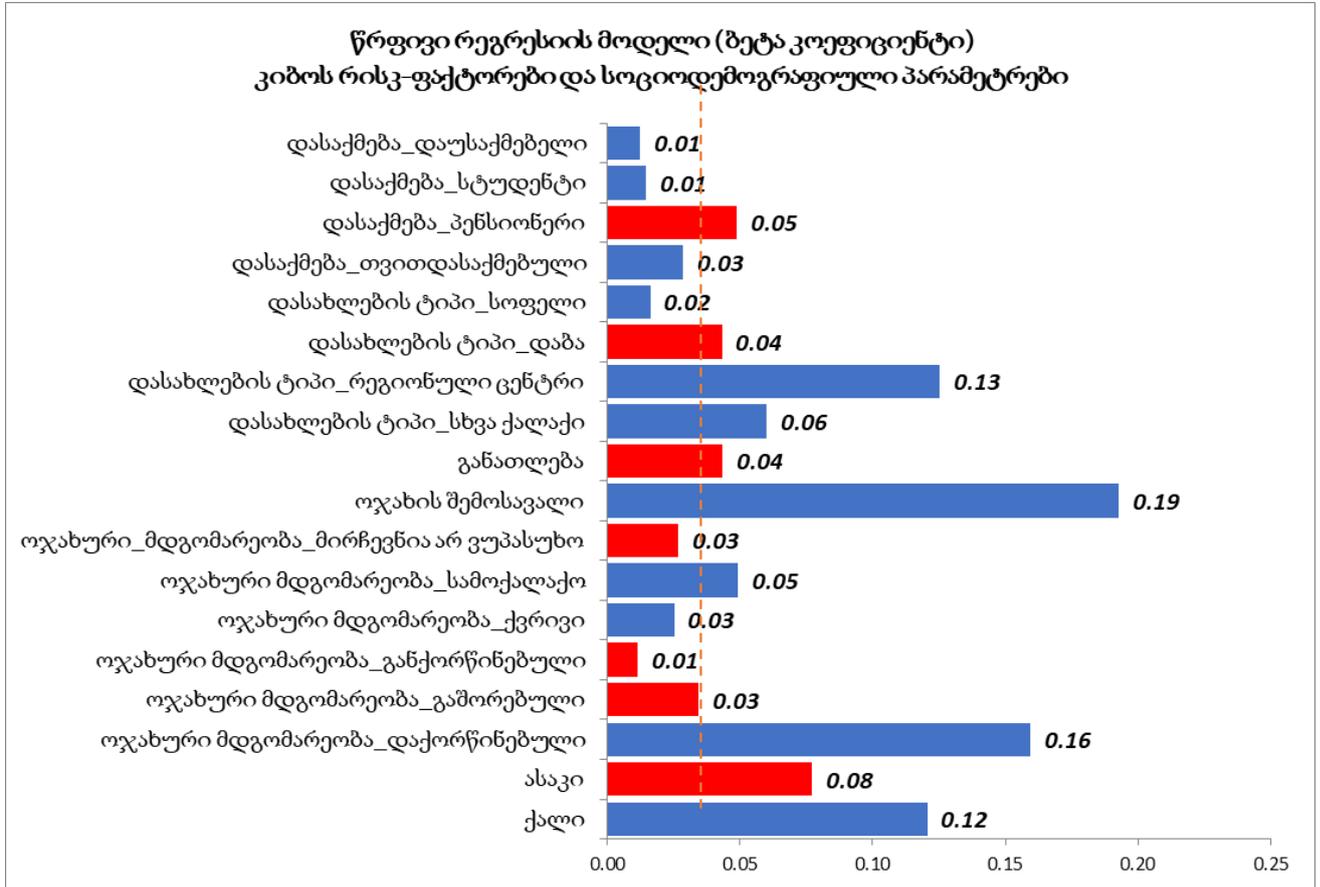
უმალესი განათლება დადებითად იყო დაკავშირებული ყველა სკრინინგის პროგრამის შესახებ უკეთეს ცოდნასთან: ძუძუს კიბოს ($\beta = 0.15$, $B = 0.1$, 95% CI: 0.02–0.18, $p = 0.01$, კორექტირებული $R^2 = 0.08$), საშვილოსნოს ყელის კიბოს ($\beta = 0.10$, $B = 0.11$, 95% CI: 0–0.23, $p = 0.07$, კორექტირებული $R^2 = 0.1$) და კოლორექტალური კიბოს ($\beta = 0.14$, $B = 0.19$, 95% CI: 0.04–0.34, $p = 0.01$, კორექტირებული $R^2 = 0.06$).

დიაგრამა 23. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - კიბოს სიმპტომების ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები



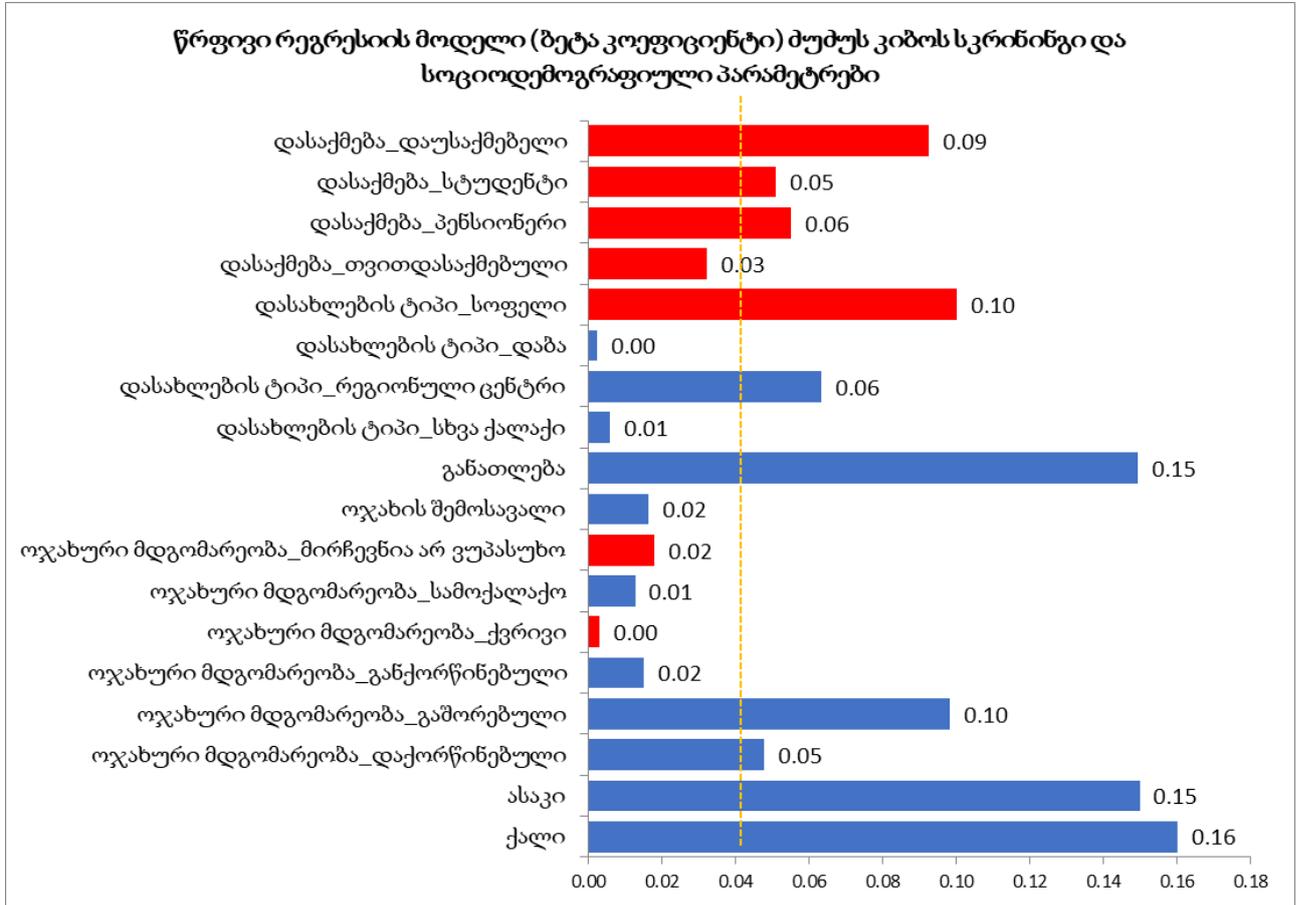
ლურჯი სვეტი - დადებითი ასოციაცია; წითელი სვეტი - უარყოფითი ასოციაცია; ვერტიკალური წყვეტილი სტაფილოსფერი ხაზი - სტატისტიკური სარწმუნობა ($p < 0.05$).

დიაგრამა 24. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები



ლურჯი სვეტი - დადებითი ასოციაცია; წითელი სვეტი - უარყოფითი ასოციაცია; ვერტიკალური წყვეტილი სტაფილოსფერი ხაზი - სტატისტიკური სარწმუნობა ($p < 0.05$).

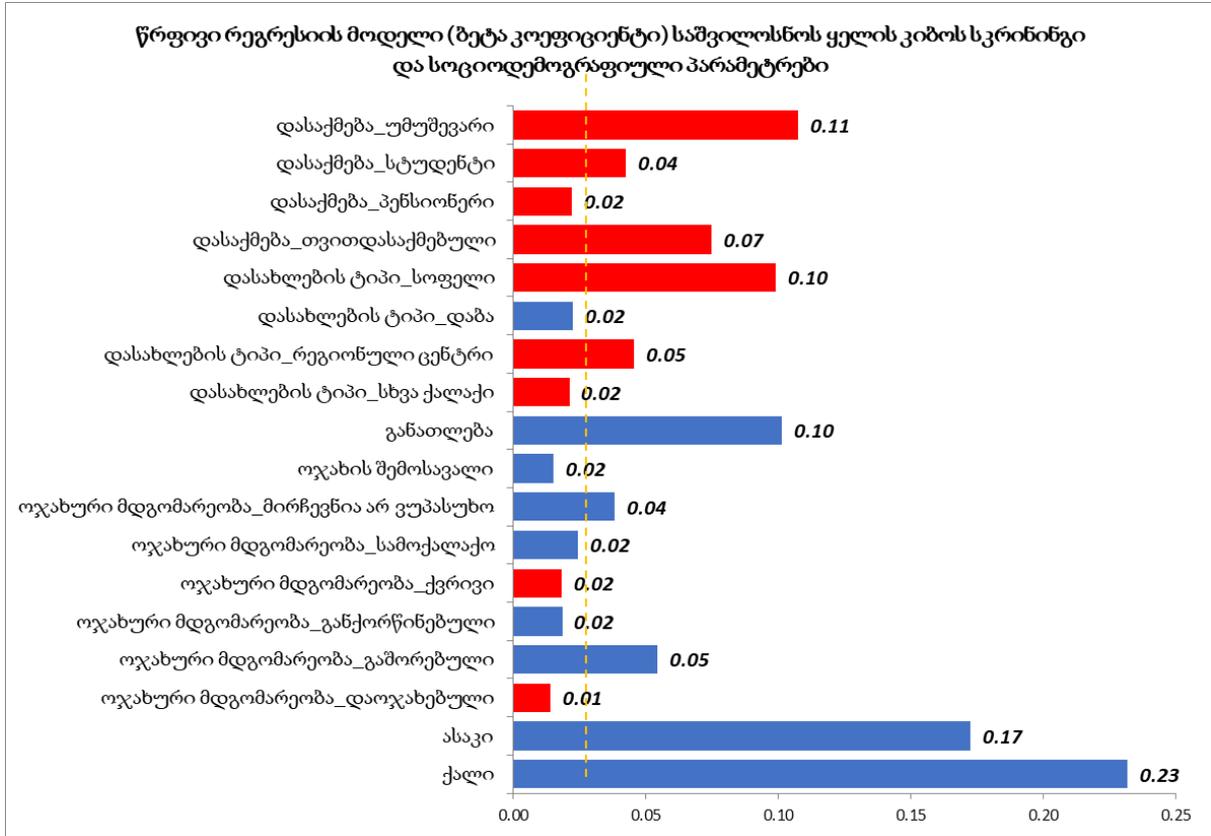
დიაგრამა 25. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები



ლურჯი სვეტი - დადებითი ასოციაცია; წითელი სვეტი - უარყოფითი ასოციაცია;

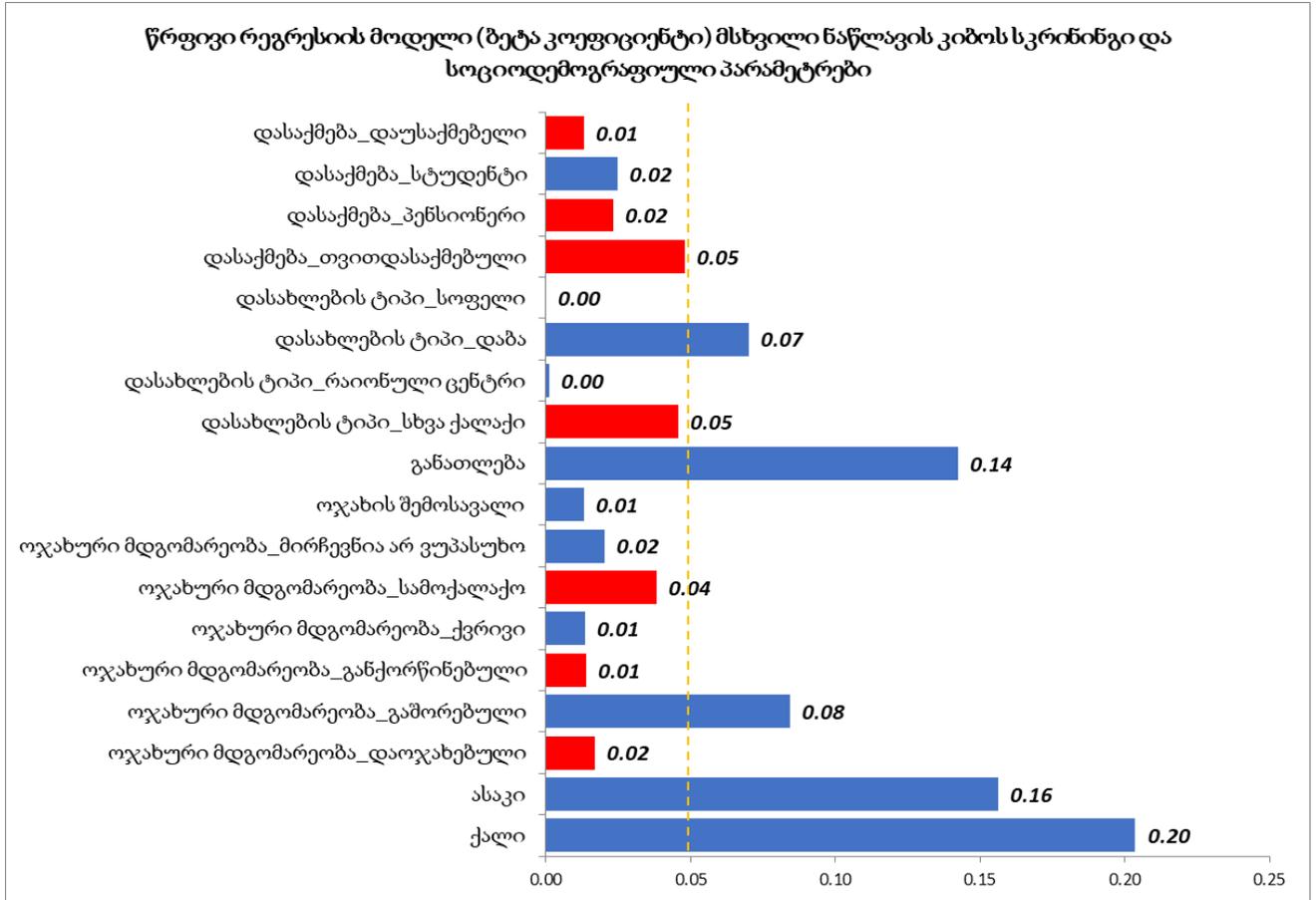
ვერტიკალური წყვეტილი სტაფილოსფერი ხაზი - სტატისტიკური სარწმუნოება ($p < 0.05$).

დიაგრამა 26. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები



ლურჯი სვეტი - დადებითი ასოციაცია; წითელი სვეტი - უარყოფითი ასოციაცია; ვერტიკალური წყვეტილი სტაფილოსფერი ხაზი - სტატისტიკური სარწმუნობა ($p < 0.05$).

დიაგრამა 27. წრფივი რეგრესიის მოდელი (ბეტა კოეფიციენტი) - მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ცოდნა და სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები



ლურჯი სვეტი - დადებითი ასოციაცია; წითელი სვეტი - უარყოფითი ასოციაცია; ვერტიკალური წყვეტილი სტაფილოსფერი ხაზი - სტატისტიკური სარწმუნოება ($p < 0.05$).

4. დისკუსია

მოცემული კვლევა მიზნად ისახავდა კიბოს შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის შეფასებას საქართველოს მოსახლეობაში.

ჩვენი კვლევის შედეგები ძირითადად ასახავს განათლებულ ურბანულ მოსახლეობას, რადგან მონაწილეთა უმეტესობა იყო ქალები (73%), ქალაქის მცხოვრები (84%) და უმაღლესი განათლების მქონე (84%). კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხული ადამიანების 60%-ს აქვს დაბალი ან საშუალო დონის ცოდნა კიბოს სიმპტომების შესახებ. ქალებს

მნიშვნელოვნად მაღალი ჰქონდათ ინფორმირებულობის დონე, ვიდრე მამაკაცებს, ხოლო სიმპტომების ცოდნა დადებითად იყო ასოცირებული საოჯახო შემოსავალთან. ფინანსური ბარიერები, შიში და პოტენციური დიაგნოზის მიმართ შეშფოთება აფერხებს სამედიცინო დახმარების დროულად მოძიებას.

კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა დაბალი იყო — მხოლოდ გამოკითხულთა 5.7%-ს ჰქონდა ცოდნის მაღალი დონე. ასაკის მატებასთან ერთად ეს ცოდნა იკლებდა და ქალაქის მცხოვრებლებში უფრო მაღალი იყო. თამბაქოს მოხმარება და ატმოსფერული დაბინძურება ხშირად აღიქმებოდა რისკ-ფაქტორებად, მაშინ როცა სტრესი გადაჭარბებულად ფასდებოდა. ბევრ რესპონდენტს ჰქონდა მცდარი წარმოდგენები რეალურ რისკ-ფაქტორებზე, მათ შორის ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების, ალკოჰოლის, წითელი ხორცის, სიმსუქნისა და ასაკის როლზე.

რესპონდენტებმა სწორად განსაზღვრეს, რომ ძუძუს კიბო არის ყველაზე გავრცელებული კიბო ქართველ ქალებში, თუმცა მეორე და მესამე ყველაზე გავრცელებული კიბოების იდენტიფიკაციისას შეცდნენ — საშვილოსნოს ყელისა და მსხვილი ნაწლავის კიბო დაასახელეს ფარისებრი და მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნაცვლად (National Centre for Disease Control [NCDC], 2023/დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023).

მამაკაცებში პროსტატის, ფილტვისა და მსხვილი ნაწლავის კიბოები სწორად იქნა დასახელებული როგორც სამი ყველაზე გავრცელებული ფორმა, რაც ეროვნულ სტატისტიკასთან შეესაბამება (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2023).

სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცნობიერება უფრო მაღალი იყო ქალებში, მაღალი განათლების მქონე პირებსა და ქალაქის მცხოვრებლებში. თუმცა, სკრინინგისთვის შესაფერისი ასაკობრივი ჯგუფების შესახებ ცოდნა ხშირად არასწორი იყო. ცოდნა პროგრამის არსებობის შესახებ მცდარია, თუ არ არის გაცნობიერებული სამიზნე ასაკი, რაც პირდაპირ განაპირობებს სკრინინგული პროგრამების არასაკმარის გამოყენებას.

4.1. შედარება წინა კვლევებთან

ჩვენი აღმოჩენა, რომ ქალებში უფრო მაღალია სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობა, ვიდრე მამაკაცებში, თანხვედრაშია როგორც განვითარებული

ქვეყნების — დიდი ბრიტანეთის (Robb et al., 2009/რობი და სხვები, 2009) და იაპონიის (Tsuda et al., 2024/ტსუდა და სხვები, 2024) — ასევე დაბალშემოსავლიანი რეგიონების — ღაზას სექტორის (Elshami et al., 2020/ელშამი და სხვები, 2020) და იორდანის (Al Bashir et al., 2024/ალ ბაშირი და სხვები, 2024) — კვლევებთან. ეს მიუთითებს, რომ გენდერული განსხვავება შენარჩუნებულია სხვადასხვა ეკონომიკურ კონტექსტში და ხაზგასმით აჩენს გენდერზე ფოკუსირებული საგანმანათლებლო პროგრამების საჭიროებას.

კვლევაში გამოიკვეთა კიბოს რისკ-ფაქტორების არასწორი აღქმა, კერძოდ რესპონდენტები სტრესს გადაჭარბებულ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ, ხოლო სიმსუქნისა და ასაკის როლს — ნაკლებ მნიშვნელობას. ეს მცდარი წარმოდგენები თანხვედრაშია ირლანდიაში ჩატარებული კვლევის შედეგებთან, სადაც ასევე გადაჭარბებულად ფიქრობდნენ გენეტიკისა და სტრესის როლზე, და ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ ასაკს, სიმსუქნეს და მზის სხივების გავლენას (Ryan et al., 2015/რაიანი და სხვები, 2015).

რაც შეეხება ექიმთან მიმართვის ბარიერებს, თუ სხვა კვლევებში ხშირად დომინირებს ემოციური ან პრაქტიკული ბარიერები, როგორცაა დიდ ბრიტანეთში ექიმთან ვიზიტზე ჩაწერის სირთულე (რობი და სხვები, 2009), ხაზს უსვამს, რომ საქართველოში ფინანსური სიმწიფეების (45.2%) დომინირება ექიმთან მისვლის შეფერხების მთავარი ეროვნული ფაქტორია.

კიბოს შესახებ ცნობიერების და განათლების დონის შორის ასოციაცია, რაც შეესაბამება პოლონეთში (Sokolowska et al., 2025/სოკოლოვსკა და სხვები, 2025), ჰონგ-კონგში (Yeung et al., 2019/იუნგი და სხვები, 2019) და იაპონიაში (Tsuda et al., 2024/ტსუდა და სხვები, 2024) ჩატარებულ კვლევებს, უსვამს ხაზს კიბოს თემების ინტეგრირების მნიშვნელობას სკოლისა და უნივერსიტეტის სასწავლო პროგრამებში.

გარდა ამისა, ჩვენს კვლევაში აღმოჩნდა, რომ ხანდაზმულ ასაკობრივ ჯგუფებში, სადაც უფრო მაღალია კიბოს განვითარების რისკი, კიბოს სიმპტომებისა და რისკ-ფაქტორების შესახებ ცნობიერება დაბალია — მსგავსი შედეგები დაფიქსირდა დიდი ბრიტანეთში (რობი და სხვები, 2009), პოლონეთში (სოკოლოვსკა და სხვები, 2025) და ეთიოპიაში (Tekeste et al., 2023/ტეკესტე და სხვები, 2023). ეს კიდევ ერთხელ აჩვენებს მიზნობრივი საინფორმაციო კამპანიების აუცილებლობას უფროსი ასაკის ადამიანებისთვის.

გამოკვეთილი განსხვავება ქალაქისა და სოფლის ტიპის დასახლებაში მცხოვრებ ადამიანებს შორის თანხვედრაშია კავკასიის ბარომეტრში (The Caucasus Research Resource Centers [CRRC], 2024/კავკასიის კვლევის რესურსების ცენტრი, 2024) დაფიქსირებულ ციფრული წვდომის უთანასწორობასთან და ხაზს უსვამს არასაინტერნეტო არხების საჭიროებას ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის.

სკრინინგული კვლევებისთვის შესაფერისი ასაკის შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე სავარაუდოდ საქართველოში სკრინინგული პროგრამების არასაკმარისი გამოყენების ერთ-ერთი ფაქტორია (ძუმუს კიბოს შემთხვევაში 12%, საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში 11%, მსხვილი ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში 2%) (Austoker et al., 2009/აუსტოკერი და სხვები, 2009). ლიტვაში (Paulauskiene et al., 2019/პაულაუსკიენე და სხვები, 2019) და ხორვატიში (Parun et al., 2022/პარუნი და სხვები, 2022) მიღებული მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ პერსონალურად გაგზავნილი წერილობითი მოწვევები, რომლებიც სკრინინგის პროცესში ექთნის ჩართულობით საზოგადოებრივ ინფორმირებულობასთან არის გაერთიანებული, ორ წელიწადში სამჯერ ზრდის სკრინინგის მონაწილეთა მაჩვენებელს.

მსგავსი მულტიმოდალური - მრავალმხრივი სტრატეგიების ადაპტირება — SMS და საფოსტო შეხსენებები, სკოლაში სასწავლო მოდულები, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების მოკლე რეკომენდაციები — შესაძლებელია სწავი შედეგის მომტანი გახდეს. ოჯახის შემოსავლის მიხედვით არსებული განსხვავებები მიუთითებს ფინანსურ და ინფორმაციულ ბარიერებზე. შესაბამისად, კამპანიებში უნდა იქნას ინტეგრირებული ხარჯზე ფოკუსირებული მესიჯები („ყველა სკრინინგი უფასოა სახელმწიფო დაწესებულებებში“) და ტრანსპორტის ვაუჩერები სოფლად მცხოვრები მოსახლეობისთვის.

4.2. კვლევის ძლიერი მხარეები და შეზღუდვები

ძლიერ მხარეების მიეკუთვნება პირველად საქართველოში კიბოს შესახებ ცნობიერების შემოწმების ვალიდირებული ინსტრუმენტის CAM გამოყენება და ორმხრივი თარგმანის (forward-backward translation) შედეგად მიღებული საერთაშორისო ინსტრუმენტის

ქართული ვარიანტი. შენარჩვევის ზომამ ($N = 385$) გადააჭარბა გამოთვლილ მინიმუმს და მიიღწა 49%-იანი საპასუხო მაჩვენებელი.

კვლევას აქვს რამდენიმე შეზღუდვა. პირველი, RDD (Random Digit Dialing) მეთოდმა, პოსტსტრატეგიკაციის შეწონვის გარეშე, გამოიწვია ურბანული ტერიტორიებიდან, დედაქალაქიდან და მაღალგანათლებილი ასაკის პირებიდან რესპონდენტების გადამეტებული შერჩევა. შედეგად, საერთო მოსახლეობაში ცნობიერება სავარაუდოდ უფრო დაბალია, ვიდრე ამ კვლევაში წარმოდგენილი. ქალ რესპონდენტთა გადამეტებული წილის გამო, კვლევის შედეგები შესაძლოა სრულად არ ასახავდეს მამაკაცთა შეხედულებებსა ან გამოცდილებას, რაც შედეგების ზოგად მოსახლეობაზე გენერალიზებას ზღუდავს. RDD მეთოდის გამო, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით რესპონდენტები არათანაბრად განაწილდა: უმეტესობას წარმოადგენდნენ 50–69 წლის ასაკის ჯგუფის წარმომადგენლები (51.4%), მაშინ როდესაც შედარებით ნაკლებად იყვნენ წარმოდგენილი 18–29 წლის (7.3%) და 70 წელზე უფროსი (6.2%) ასაკის ჯგუფები.

მეორე, რესპონდენტების 98% იყო ქართველი, მაშინ როცა საქართველოს მოსახლეობის 13% მიეკუთვნება სხვა ეთნიკურ ჯგუფებს, რომელთა პასუხებიც ასევე საინტერესო იქნებოდა მოსახლეობის შესახებ სრული სურათის მისაღებად. მესამე, თვითრეპორტირება იწვევს სოციალური სასურველობის ცდომილებას (social desirability bias), თუმცა თუმცა, რადგან გამოყენებული იყო RDD მეთოდი და დაცული იქნა სრული ანონიმურობა, ხოლო ინტერვიუები ჩატარდა ტელეფონით (ფიზიკური დისტანციის შენარჩუნებით), ანონიმური სატელეფონო ინტერვიუები ამ რისკს ამცირებს. ეს მეთოდი მონაწილეებს საშუალებას აძლევდა, უფრო გულწრფელად ეპასუხათ ისეთ მგრძნობიარე საკითხებზე, როგორცაა ექიმთან მისვლის ფინანსური ბარიერები ან დიაგნოზის შიში.

ბოლოს, ჯვარედინ-სექციური დიზაინი ხელს უშლის მიზეზ-შედეგობრივი დასკვნების გაკეთებას; საჭიროა ლონგიტუდინური ან ექსპერიმენტული კვლევები იმის დასადგენად, გამოიწვევს თუ არა სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდა კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკას.

4.3. სამომავლო კვლევები

ჩვენ რეკომენდაციაა, ჩატარდეს ფართომასშტაბიანი, წარმომადგენლობითი კვლევა, იმისთვის, რომ შეიქმნას საქართველოს 2025–2030 წლების კიბოს კონტროლის გეგმისთვის საწყისი მეტრიკები, რასაც უნდა მოჰყვეს კონტროლირებული ექსპერიმენტული კვლევები იმის შესაფასებლად, თუ როგორ გაიზრდება სკრინინგულ კვლევებზე მიმართვიანობა სკოლებსა და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ჩატარებული ინვერვენციების შედეგად. ასევე საჭიროა თვისებრივი კვლევები ეთნიკურ უმცირესობებთან მმიმართებაში, რომლებიც ჩვენი ნიმუშში საკმარისად არ იყვნენ წარმოდგენილნი.

4.4. შეჯამება

ჩვენი ნიმუშის — განათლებულ, ქალაქის ტიპის დასახლებაში მცხოვრებ ქართველთა — შორის კიბოს ცოდნა კვლავ არასაკმარისია. მიზნობრივი, შემოსავალზე მგრძობიარე საგანმანათლებლო ინიციატივები, რომლებიც განხორციელდება სკოლებში, საზოგადოებრივ კლინიკებსა და მასმედიის საშუალებით, პრაქტიკული მხარდაჭერით სოფლად მცხოვრები მოსახლეობისთვის, წახალისებისთვის ქვეყნის მასშტაბით წარმოადგენს სკრინინგის გამოყენების გაზრდისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის რეალურ სტრატეგიას.

4.5. კვლევის მნიშვნელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის

სიმსივნური დაავადებები საქართველოში სიკვდილიანობის მეორე წამყვანი მიზეზია, ხოლო შემთხვევების თითქმის ნახევარი დიაგნოსტირებულია მოგვიანებით ეტაპზე, რაც ამცირებს მკურნალობის წარმატებასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ჩვენი კვლევა ხაზს უსვამს სიმპტომების, რისკ-ფაქტორების და სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცოდნის დაბალ დონეს, განსაკუთრებით მამაკაცებში, სოფლად მცხოვრებებში და დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებში. მსგავსი განსხვავებები კავშირშია დაგვიანებულ დიაგნოსტირებას და სკრინინგის მოცვის უკიდურესად დაბალ მაჩვენებელთან, რაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება 70–75%-იან ნორმას, რომელიც აუცილებელია სკრინინგის რეალური სარგებლის მისაღებად, რასაც სიკვდილიანობის შემცირება წარმოადგენს.

ყველაზე ნაკლებად ინფორმირებული ჯგუფების განსაზღვრა უზრუნველყოფს კრიტიკულად აუცილებელ მტკიცებულებებს მიზნობრივი, თანასწორობაზე ორიენტირებული ინტერვენციების განხორციელებისთვის. სტრატეგიები, როგორცაა გენდერსა და შემოსავლის მიხედვით მგრძნობიარე ჯანმრთელობის განათლება, კიბოს ცნობიერების ინტეგრირება სასწავლო პროგრამებში, საზოგადოებაზე დაფუძნებული აქტივობები, ასევე პრაქტიკული მხარდაჭერა (ტრანსპორტის დახმარება და უფასო სკრინინგის სერვისების შესახებ მკაფიო მესიჯები), მნიშვნელოვანად გაზრდის ადრეულ გამოვლენას.

საზოგადოებრივი ცოდნის გაუმჯობესება სიმსივნური დაავადებების მკურნალობის ეფექტიანობის გაზრდის, ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირების და კიბოს ტვირთის შემცირების ეფექტური და იაფი გზაა საქართველოში.

ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ კიბო არ წარმოადგენს მხოლოდ კლინიკურ პრობლემას და დიაგნოსტიკურ გამოწვევას; იგი ხასიათდება მნიშვნელოვანი სოციალური და ეკონომიკური ტვირთით, რაც მოითხოვს კომპლექსურ, მულტისექტორულ და მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ რეაგირებას სახელმწიფოს, ჯანდაცვის სისტემისა და სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან.

დასკვნა

ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე საქართველოში არასაკმარისია, ეს ადასტურებს ჩვენი კვლევის ჰიპოთეზას, რომ ცოდნის ნაკლებობა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს დაავადების დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენასთან.

1. საქართველოში პირველად მოხდა CAM ინსტრუმენტის ადაპტაცია და გამოყენება, რამაც დაადასტურა მისი ეფექტურობა და შექმნა საფუძველი კიბოს კონტროლის ეროვნული გეგმისთვის (2025–2030) საწყისი მეტრიკების შესაქმნელად.
2. სიმსივნური დაავადებების საექვო სიმპტომების ცოდნა დაბალია; რესპონდენტთა 57.7%-ში აღინიშნა დაბალი ან საშუალო დონის ცოდნა; კიბოს ყველაზე ნაკლებად აღქმულ ნიშნად დასახელდა შეუხორცებელი ჭრილობა (30%).
3. რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის დონე უკიდურესად დაბალია, ვინაიდან გამოკითხულთა მხოლოდ 5.7%-ში გამოვლინდა ცოდნის მაღალი დონე. მოსახლეობა ზედმეტ მნიშვნელობას ანიჭებს სტრესს, მაშინ როდესაც ისეთი რეალური რისკ-ფაქტორები, როგორცაა სიმსუქნე, ასაკი და ალკოჰოლის მოხმარება, ნაკლებად არის გაცნობიერებული.
4. სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცოდნის მხრივ პარადოქსული სიტუაციაა: მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა იცის პროგრამების არსებობის შესახებ (მაგ., ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის შესახებ იცის 92.2%-მა), სკრინინგის პროგრამების სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფების შესახებ ცოდნა უკიდურესად დაბალია (მაგ., საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში მხოლოდ 13%-მა იცოდა ზუსტი ასაკი).
5. სოციოდემოგრაფიული ფაქტორები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ინფორმირებულობაზე; ყველაზე ნაკლებად ინფორმირებულ ჯგუფებს წარმოადგენენ მამაკაცები, სოფლის მოსახლეობა და დაბალი შემოსავლის მქონე პირები. ქალებს ყველა მიმართულებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი ცოდნა აქვთ.
6. ფინანსური ბარიერები (45.2%) ექიმთან ვიზიტის გადადების მთავარი მიზეზია, რასაც მოჰყვება ემოციური ფაქტორები – ნერვიულობა და შიში შესაძლოა

დიაგნოზის გამო. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ მოსახლეობას არ აქვს საკმარისი ინფორმაცია სკრინინგის უფასო სერვისების შესახებ.

7. ინფორმირებულობის დონე პირდაპირ კავშირშია სკრინინგის მოცვის დაბალ მაჩვენებელთან (მაგ., მსხვილი ნაწლავის კიბოზე მხოლოდ 2%), რაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საერთაშორისო ოპტიმალურ ნორმებს

რეკომენდაციები

კვლევიდან მიღებულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შემუშავებულია შემდეგი რეკომენდაციები საქართველოს ჯანდაცვის სექტორისთვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებით

1. ეროვნული ინსტიტუციონალიზაცია და მონიტორინგი

კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის მონიტორინგის ინსტიტუციონალიზაციისთვის CAM ინსტრუმენტის გამოყენებით მოხდეს მოსახლეობის კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის რეგულარული შეფასების ინტეგრირება ეროვნული კიბოს კონტროლის მონიტორინგის სისტემაში, მიღებული მონაცემები გამოყენებულ იქნეს დროში ცვლილებების მონიტორინგისთვის, განსაკუთრებით დაუცველი ჯგუფების იდენტიფიკაციისთვის და განათლებისა და სკრინინგის სტრატეგიების ადაპტირებისთვის.

2. თანასწორობაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის პოლიტიკის ხელშეწყობა

მოხდეს კიბოს შესახებ ცნობიერებისა და ადრეული გამოვლენის ღონისძიებების ინტეგრირება საქართველოს კიბოს კონტროლის ეროვნულ გეგმაში, მკაფიოდ განსაზღვრული მიზნობრივი ინდიკატორებით მამაკაცებისთვის, სოფლის მოსახლეობისთვის და დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისთვის.

გამლიერდეს მრავალსექტორული თანამშრომლობა ჯანდაცვის დაწესებულებებს, ადგილობრივ თვითმმართველობებს, საგანმანათლებლო ინსტიტუტებსა და

სამოქალაქო ორგანიზაციებს შორის, რაც უზრუნველყოფს ინტერვენციების გრძელვადიან და მდგრად განხორციელებას.

3. სკრინინგში ჩართვის გაუმჯობესება და ბარიერების შემცირება ჯანდაცვის სისტემის მიერ მართული ინტერვენციების გზით

დაინერგოს აქტიური მოწვევის სისტემები (მოკლე ტექსტური შეტყობინებები, სატელეფონო ზარები, წერილობითი მოწვევები), რომლებიც კოორდინირებული იქნება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მიერ და არ დაეყრდნობა მხოლოდ მოქალაქეთა თვითმმართვეას.

მოწვევის ყველა ფორმაში მკაფიოდ უნდა აისახოს, რომ სკრინინგის სერვისები სახელმწიფოს მიერ სრულად ფინანსდება, უნდა მიეთითოს ზუსტი ასაკობრივი კრიტერიუმები და აღწეროს სერვისზე ხელმისაწვდომობის გზები. გარდა ამისა, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაინერგოს შეხსენებისა და ხელახალი მოწვევის სისტემები იმ პირებისთვის, რომლებიც სკრინინგზე არ დადიან.

ფინანსური და სტრუქტურული ბარიერების შემცირებისთვის გაძლიერდეს ჯანდაცვის დაწესებულებებში კომუნიკაცია იმასთან დაკავშირებით, რომ სკრინინგისა და დიაგნოსტიკური მომსახურებები სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება.

სოფლის მოსახლეობისთვის დაინერგოს მობილური სკრინინგის ერთეულები და ადგილობრივ თვითმმართველობებთან თანამშრომლობით განვითარდეს ტრანსპორტის მხარდაჭერის მექანიზმები. გამარტივდეს რეფერირების პროცესები, იმისთვის, რომ შემცირდეს დრო სიმპტომის გამოვლენიდან დიაგნოზის დადასტურებამდე.

4. მიზნობრივი განათლება და კვალიფიკაციის ამაღლება

გაძლიერდეს კიბოს შესახებ ცნობიერება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ინტეგრირდეს კიბოს შესახებ სტრუქტურირებული კონსულტაციები პირველადი ჯანდაცვის რუტინულ ვიზიტებში, განსაკუთრებით ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში. პრევენციული ვიზიტებისა და ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგის დროს მიზანშეწონილია მოკლე, სტანდარტიზებული კონსულტაციების ჩატარება კიბოს საექვო ნიშნების, რისკ-ფაქტორებისა და სკრინინგში ჩართვის კრიტერიუმების შესახებ.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნებისთვის შემუშავდეს და დაინერგოს მარტივად გამოსაყენებელი ინსტრუმენტები (მაგალითად, ჩეკლისტები, ინფორმაციული და ვიზუალური მასალები), რომლებიც დაფუძნებული იქნება CAM ინსტრუმენტზე და გაამარტივებს პაციენტებთან ეფექტურ კომუნიკაციას.

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს იმ ჯგუფებს, რომლებშიც კვლევამ გამოავლინა კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე, მათ შორის მამაკაცებს, ხანდაზმულ პირებს, სოფლის მოსახლეობასა და დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებს.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა კვალიფიკაციისა და შესაძლებლობების გაძლიერება მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის განგრძობადი სამედიცინო განათლების სავალდებულო მოდულების დანერგვა, რომლებიც მოიცავს კიბოს პრევენციას, ადრეული სიმპტომების ამოცნობას და ეროვნული სკრინინგის პროგრამების რეკომენდაციებს.

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ექიმებში არსებული ცოდნის ხარვეზების აღმოფხვრას სკრინინგის ასაკობრივი კრიტერიუმების, ჩართვის პირობებისა და რეფერირების მექანიზმების შესახებ. ამასთანავე, მოხდეს კომუნიკაციის უნარების გაძლიერება, რაც ხელს შეუწყობს კიბოსთან დაკავშირებული შიშისა და სტიგმის შემცირებას, მამაკაცებში სიმპტომების დროულად გახმოვანებას და არასწორი შეხედულებების კორექციას (მაგალითად, სტრესის გადაჭარბებული მნიშვნელობის მინიჭება ან ასაკისა და სიმსუქნის როლის დაკნინება).

5. *საზოგადოებრივი და მედიაზე დაფუძნებული განათლების გაფართოება ჯანდაცვის სერვისებთან კოორდინაციით.*

განხორციელდეს ეროვნული და რეგიონული საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების კამპანიები (ტელევიზია, რადიო), ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამედიცინო დაწესებულებების აქტიური ჩართულობით. აღნიშნული კამპანიები ფოკუსირდეს კიბოს ნაკლებად ცნობილ სიმპტომებზე, მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებზე და არასწორი შეხედულებების კორექციაზე.

კამპანიები პირდაპირ უნდა იყოს დაკავშირებული ჯანდაცვის სერვისებთან და მოქალაქეებს მკაფიოდ უნდა მიუთითებდეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და მოქმედ სკრინინგ პროგრამებზე.

დანართი 1. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა (ვერბალური)

გამოკითხვის თემაა სიმსივნური დაავადებების შესახებ თქვენი ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა. კითხვარის შევსებით, თქვენ დაგვეხმარებით შევიმუშაოთ ეფექტური პრევენციული სტრატეგიები ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელების და მისი ტვირთის შესამცირებლად. თქვენი მოსაზრება ჩვენთვის ძალიან მნიშვნელოვანია!

თანახმა ხართ, მიიღოთ მონაწილეობა გამოკითხვაში?

კი

არა

დანართი 2: კითხვარი

CAM კითხვარი

1. არსებობს სიმსივნური დაავადებების მრავალი განსაკუთრებით საყურადღებო ნიშანი და სიმპტომი. ჩამოთვალეთ ყველა, რომელიც გაგონდებათ
2. ქვემოთ ჩამოთვლილი შეიძლება იყოს ან არა სიმსივნური დაავადების სიმპტომი ან ნიშანი. ჩვენ გვინტერესებს თქვენი აზრი:

	კი	არა	არ ვიცი
ფიქრობთ, რომ უმიზეზო წარმონაქმნი ან შეშუპება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული უმიზეზო ტკივილი შეიძლება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ უმიზეზო სისხლდენა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ყლაპვის გაძნელება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ფიქრობთ, რომ ხალის გარეგნული ცვლილება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

ფიქრობთ, რომ შეუხორცებელი ჭრილობა

შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

ფიქრობთ, რომ წონის უმიზეზო კლება

შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი

3. რომ გქონდეთ სიმპტომი, რომელსაც იფიქრებდით, რომ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების მაჩვენებელი, რამდენად სწრაფად მიმართავდით ექიმს კონსულტაციისთვის?

4. ხანდახან ადამიანები გადადებენ ექიმთან ვიზიტს, მიუხედავად იმისა, რომ მათი აზრით აქვთ სერიოზული სიმპტომები. შეგიძლიათ თქვათ, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი შეგაფერხებთ ექიმთან წასვლისგან:

	დიახ, ხშირად	დიახ, ხანდახან	არა	არ ვიცი
ძალიან შემრცხვება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ძალიან შეშინებული ვიქნები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ვინერვიულებ, რომ ექიმს დროს ტყუილად დავახარჯინებ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ჩემს ექიმთან დალაპარაკება რთული იქნება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

რთული იქნება ექიმთან ჩაწერა

ვიზიტზე

ძალიან დაკავებული ვიქნები, იმისთვის,

რომ ვიპოვო დრო ექიმთან წასასვლელად

ბევრი სხვა საფიქრალი მაქვს

გამიჭირდება ტრანსპორტის მოძიება

ექიმთან წასასვლელად

ვინერვიულებ იმაზე, რაც ექიმმა

შეიძლება აღმომიჩინოს

კომფორტულად არ ვიგრძნობ თავს ექიმთან

ჩემს სიმპტომებზე საუბრისას

ექიმთან წასვლა ფინანსურ დანახარჯებთანაა

დაკავშირებული, შემაფერხებს ფინანსური

პრობლემები

სხვა (მიუთითეთ)

5. როგორ ფიქრობთ, რამ შეიძლება გაზარდოს ადამიანში სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკი?
6. აქ ჩამოთვლილია, რასაც შეუძლია გაზარდოს სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკი. რამდენად ეთანხმებით, რომ ქვემოთ მოყვანილი ზრდის ადამიანისთვის სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკს

	absolutურად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვარ დარწმუნებული	ვეთანხმები	absolutურად ვეთანხმები
სიგარეტი ნებისმიერი რაოდენობით	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
პასიური მწვევლობა (სხვა ადამიანი რომ ეწევა თქვენს გარშემო)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-ზე მეტი ერთეული სასმელის დალევა დღეში	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 პორციაზე ნაკლები ხილის ან ბოსტნეულის მიღება დღის განმავლობაში	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
წითელი ან დამუშავებული ხორცის მიღება დღეში ერთხელ ან მეტად	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ჭარბი წონა (სმი >25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ბავშვობაში თუნდაც ერთხელ მზის დამწვრობა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 წელზე მეტი ასაკი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

სიმსივნის არსებობა ახლო ნათესავში

ადამიანის პაპილომა ვირუსით ინფიცირება

30 წთ-ზე ნაკლები ზომიერი ფიზიკური
დატვირთვა კვირაში 5 ჯერზე ნაკლებად

7. მომავალში, ყველაზე დიდი ალბათობით, რა ასაკის ადამიანებს განუვითარდება სიმსივნური დაავადებები

20-29

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80 და მეტი

სიმსივნე არ არის დამოკიდებული ასაკზე

8ა. როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

8ბ. როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში მეორე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

8გ. როგორ ფიქრობთ, რომელია ქალებში მესამე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

8დ. როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

8ე. როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში მეორე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

8ვ. როგორ ფიქრობთ, რომელია მამაკაცებში მესამე ყველაზე ხშირი სიმსივნური დაავადება?

კი არა არ ვიცი

9ა. თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე ქალბატონებს -----

9ბ. თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე ქალბატონებს -----

9გ. თუ ხართ ინფორმირებული, არსებობს მსხვილი მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა?

თუ კი, რომელი ასაკიდან იწვევენ ამ პროგრამაზე -----

დემოგრაფიული კითხვები

მირჩევნია, არ ვუპასუხო

1. თქვენი ასაკი

ქალი კაცი

2. თქვენი სქესი

3. ეროვნება

დაუოჯახებელი დაოჯახებული გაშორებული განქორწინებული ქვრივი სამოქალაქო ქორწინება მირჩევნია არ ვუპასუხო

4. ოჯახური მდგომარეობა

არასრული საშუალო საშუალო ტექნიკური არასრული უმაღლესი უმაღლესი

5. განათლების დონე

უმუშევარი თვითდასაქმებული დასაქმებული პენსიონერი სტუდენტი

6. დასაქმება

<500 500-1000 1000-2000 2000-5000 >5000

7. ოჯახის შემოსავალი

8. გყავთ ოჯახში მანქანა?

კი არა

	კი	არა	არ ვიცი	მირჩევნია, არ ვთქვა
9. გქონიათ თქვენ, თქვენი ოჯახის წევრს ან ნათესავს სიმსივნე?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
თქვენ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
თქვენს პარტნიორს	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ოჯახის წევრს	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სხვა ნათესავს	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ახლო მეგობარს	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სხვა მეგობარს	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

დანართი 3: ცხრილები

ცხრილი 1. კვლევაში მონაწილეთა სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები

მახასიათებლები	N	(%)
სქესი		
მამაკაცი	103	27
ქალი	283	73
ასაკობრივი ჯგუფები, წწ		
18-29	28	7.3
30-49	135	35.1
50-69	198	51.4
≥ 70	24	6.2
რეგიონი		
თბილისი	217	56.4
აჭარა	31	8.1
გურია	22	5.7
იმერეთი	25	6.5
კახეთი	27	7.0
მცხეთა-მთიანეთი	16	4.2
რაჭა	2	0.5
სამეგრელო	23	6.0
სამცხე-ჯავახეთი	3	0.8
ქვემო ქართლი	15	3.9
შიდა ქართლი	4	1.0
დასახლების ტიპი		
ქალაქის	323	83.9%
სოფლის	62	16.1%
ეროვნება		
ქართველი	377	98%

სხვა	8	2%
განათლება		
საშუალო	12	3.1%
ტექნიკური	27	7%
სტუდენტი	21	5.5%
უმადლესი	325	84.4%
დასაქმება		
უმუშევარი	22	5.7%
თვით-დასაქმებული	37	9.6%
დასაქმებული	253	65.7%
პენსიონერი	58	15.1%
დაუსაქმებელი სტუდენტი	15	3.9%
ოჯახური მდგომარეობა		
დაუქორწინებელი	81	21%
დაქორწინებული	213	55.3%
გაშორებული	24	6.2%
განქორწინებული	25	6.5%
ქვრივი	38	9.9%
სამოქალაქო ქორწინება	4	1%
ოჯახის შემოსავალი (ლარი)		
<500	10	2.6%
500-1000	22	5.7%
1000-2000	124	32.2%
2000-5000	150	39%
>5000	79	20.5%

ცხრილი 2. კვლევაში მონაწილეთა ასაკი

ასაკი	n	%
18	2	0.5
19	1	0.3
20	2	0.5
21	2	0.5
22	2	0.5
23	8	2.1
25	2	0.5
26	2	0.5
27	3	0.8
28	1	0.3
29	3	0.8
30	2	0.5
31	6	1.6
32	7	1.8
33	8	2.1
34	3	0.8
35	3	0.8
36	9	2.3
37	4	1.0
38	5	1.3
39	3	0.8
40	7	1.8
41	3	0.8
42	8	2.1
43	7	1.8
44	8	2.1
45	13	3.4
46	11	2.9
47	10	2.6
48	3	0.8
49	15	3.9
50	29	7.5
51	19	4.9
52	20	5.2
53	14	3.6
54	13	3.4
55	19	4.9
56	4	1.0
57	15	3.9
58	6	1.6

59	9	2.3
60	11	2.9
61	4	1.0
62	1	0.3
63	4	1.0
64	4	1.0
65	9	2.3
66	2	0.5
67	8	2.1
68	5	1.3
69	2	0.5
70	2	0.5
71	2	0.5
72	3	0.8
74	5	1.3
76	4	1.0
77	5	1.3
80	1	0.3
81	2	0.5

ცხრილი 3. კვლევაში მონაწილეთა დასახლების ტიპი

დასახლების ტიპი	n	%
თბილისი	218	56.6
სხვა ქალაქი	105	27.3
რაიონული ცენტრი	22	5.7
დაბა	11	2.9
სოფელი	29	7.5

ცხრილი 4. მანქანის არსებობა ოჯახში

	n	%
არა	94	24.4
დიახ	291	75.6

ცხრილი 5. კიბოს ისტორია

	n	%
კიბოს ისტორია მე		
არა	345	89.6
კი	25	6.5
არ ვიცი	7	1.8
მირჩევნია არ ვისაუბრო	8	2.1
კიბოს ისტორია პარტნიორს		
არა	329	85.5
კი	37	9.6
არ ვიცი	9	2.3
მირჩევნია არ ვისაუბრო	10	2.6
კიბოს ისტორია ოჯახის წევრს		
არა	188	48.8
კი	187	48.6
არ ვიცი	8	2.1
მირჩევნია არ ვისაუბრო	2	0.5
კიბოს ისტორია სხვა ნათესავს		
არა	105	27.3
კი	261	67.8
არ ვიცი	17	4.4
მირჩევნია არ ვისაუბრო	2	0.5
კიბოს ისტორია ახლო მეგობარს		

არა	195	50.6
კი	178	46.2
არ ვიცი	8	2.1
მირჩევნია არ ვისაუბრო	4	1.0
კიბოს ისტორია სხვა მეგობარს		
არა	118	30.6
კი	246	63.9
არ ვიცი	16	4.2
მირჩევნია არ ვისაუბრო	5	1.3

ცხრილი 6. კიბოს საყურადღებო ნიშანი და სიმპტომი (რესპონდენტის მიერ ჩამოთვლილი)

სიმპტომი	n	%
უმიზეზო წარმონაქმნი	162	42.1
სისუსტე	142	36.9
წონის კლება	119	30.9
ტკივილი	110	28.6
ღებინება	21	5.5
უმაღობა	18	4.7
გულისრევა	17	4.4
სიყვითლე	6	1.6

ცხრილი 7. კიბოს საყურადღებო ნიშანი და სიმპტომი (რესპონდენტის მიერ ამოცნობილი)

სიმპტომი	პასუხი n (%)		
	დიახ	არა	არ ვიცი
ფიქრობთ, რომ უმიზეზო წარმონაქმნი ან შეშუპება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი?	310 (81%)	34 (9%)	41 (10%)
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული უმიზეზო ტკივილი შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი?	267 (60.4%)	61 (15.8%)	57 (14.8%)
ფიქრობთ, რომ უმიზეზო სისხლდენა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	289 (75%)	38 (10%)	58 (15%)
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ხველა ან ხმის ჩახლეჩვა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	272 (70.5%)	52 (13.6%)	61 (15.8%)
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ცვლილებები ნაწლავის მოქმედების ან ნაღვლის ბუშტის მხრივ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	241 (62.6%)	65 (16.9%)	79 (20.5%)
ფიქრობთ, რომ გახანგრძლივებული ყლაპვის გაძნელება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	255 (66.2%)	56 (14.5%)	74 (19.2%)
ფიქრობთ, რომ ხალის გარეგნული ცვლილება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	340 (88.3%)	16 (4.2%)	29 (7.5%)
ფიქრობთ, რომ შეუხორცეველი ჭრილობა შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	115 (29.9%)	161 (41.8%)	109 (28.3%)
ფიქრობთ, რომ წონის უმიზეზო კლება შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების ნიშანი	326 (84.7%)	27 (7%)	32 (8.3%)

ცხრილი 8. სიმპტომების შესახებ ინფორმირებულობის ჯამური ქულა

ქულა	n	%
9	3	0.8
11	2	0.5
12	1	0.3
13	4	1.0
14	4	1.0
15	1	0.3
16	2	0.5

17	14	3.6
18	15	3.9
19	24	6.2
20	16	4.2
21	39	10.1
22	22	5.7
23	49	12.7
24	26	6.8
25	60	15.6
26	30	7.8
27	73	19.0

ცხრილი 9. სიმპტომების ცოდნის დონე

ცოდნის დონე	n	%
დაბალი	125	32.5
საშუალო	97	25.2
მაღალი	163	42.3

ცხრილი 10. რომ გეონდეთ სიმპტომი, რომელსაც იფიქრებდით, რომ შეიძლება იყოს სიმსივნური დაავადების მაჩვენებელი, რამდენად სწრაფად მიმართავდით ექიმს კონსულტაციისთვის?

დღეები	n	%
1	108	28.1
2	57	14.8
3	25	6.5
4	2	0.5
5	10	2.6
7	82	21.3
8	1	0.3
10	5	1.3
14	3	0.8
15	6	1.6
30	65	16.9
60	7	1.8
90	2	0.5
150	1	0.3

ცხრილი 11. ექიმთან წასვლის შეფერხების მიზეზი

მიზეზი	პასუხი n (%)			
	არ ვიცი	არა	დიახ, ხანდახან	დიახ, ხშირად
ძალიან შემრცხვება	22 (5.7%)	308 (80%)	37 (9.6%)	18 (4.7%)
ძალიან შეშინებული ვიქნები	24 (6.2%)	217 (56.4%)	93 (24.2%)	51 (13.2%)
ვინერვიულებ, რომ ექიმს დროს ტყუილად დავახარჯინებ	17 (4.4%)	341 (88.6%)	14 (3.6%)	13 (3.4%)

ჩემს ექიმთან დალაპარაკება რთული იქნება	8 (2.1%)	353 (91.7%)	15 (3.9%)	9 (2.3%)
რთული იქნება ექიმთან ჩაწერა ვიზიტზე	18 (4.7%)	260 (67.5%)	76(19.7%)	31 (8.1%)
ძალიან დაკავებული ვიქნები, იმისთვის, რომ ვიპოვო დრო ექიმთან წასასვლელად	14 (3.6%)	252 (65.5%)	79 (20.5%)	40 (10.4%)
ბევრი სხვა საფიქრალი მაქვს	12 (3.1%)	256 (66.5%)	72 (18.7%)	45 (11.7%)
გამიჭირდება ტრანსპორტის მოძიება ექიმთან წასასვლელად	12 (3.1%)	349 (90.6%)	11 (2.9%)	13 (3.4%)
ვინერვიულებ იმაზე, რაც ექიმმა შეიძლება აღმომიჩინოს	27 (7%)	193 (50.1%)	90 (23.4%)	75 (19.5%)
კომფორტულად არ ვიგრძნობ თავს ექიმთან ჩემს სიმპტომებზე საუბრისას	202 (5.2%)	294 (76.4%)	51 (13.2%)	20 (5.2%)
ექიმთან წასვლა ფინანსურ დანახარჯებთანაა დაკავშირებული, შემაფერხებს ფინანსური პრობლემები	12 (3.1%)	199 (51.7%)	126 (32.7%)	48 12.5%)

ცხრილი 12. სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორი (რესპონდენტის მიერ ჩამოთვლილი)

რისკ-ფაქტორი	n	%
თამბაქო	152	39.5%
ალკოჰოლი	51	13.2%
რადიაცია	32	8.3%
ჰაერის დაბინძურება	109	28.3%
მზის სხივები ჭარბად	19	4.9%
სტრესი	102	26.5%
არაჯანსაღი კვება	150	39%

დაბინძურებული გარემო	104	27%
ტრავმა	27	7%
გენეტიკა	80	28.1%
სხვა	92	23.9%

ცხრილი 13. სიმსივნური დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორი (რესპონდენტის მიერ ამოცნობილი)

რისკ-ფაქტორი	პასუხი				
	აბსოლუტურად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვარ დარწმუნებული	ვეთანხმები	აბსოლუტურად ვეთანხმები
სიგარეტი ნებისმიერი რაოდენობით	4 (1%)	18 (4.7%)	67 (17.4%)	179 (46.5%)	117 (30.4%)
პასიური მწვევლობა	9 (2.3%)	42 (10.9%)	97 (25.2%)	180 (46.8%)	57 (14.8%)
1-ზე მეტი ერთეული სასმელის დალევა დღეში	291 (7.5%)	133 (34.5%)	120 (31.2%)	80 (20.8%)	23 (6%)
5 პორციაზე ნაკლები ხილის ან ბოსტნეულის მიღება დღის განმავლობაში	32 (8.3%)	167 (43.4%)	134 (34.8%)	46 (11.9%)	6 (1.6%)
წითელი ან დამუშავებული ხორცის მიღება დღეში ერთხელ ან მეტად	16 (4.2%)	79 (20.5%)	156 (40.5%)	114 (29.6%)	20 (5.2%)
ჭარბი წონა (სმი >25)	20 (5.2%)	62 (16.1%)	147 (38.2%)	124 (32.2%)	32 (8.3%)
ბავშვობაში თუნდაც ერთხელ მზის დამწვრობა	30 (7.8%)	115 (29.9%)	175 (45.5%)	62 (16.1%)	3 (0.8%)
70 წელზე მეტი ასაკი	25 (6.5%)	116 (30.1%)	142 (36.9%)	89 (23.1%)	13 (3.4%)
სიმსივნის არსებობა ახლო ნათესავში	8 (2.1%)	47 (12.2%)	88 (22.9%)	187 (48.6%)	55 (14.3%)
ადამიანის პაპილომა ვირუსით ინფიცირება	3 (0.8%)	23 (6%)	116 (30.1%)	193 (50.1%)	50 (13%)
30 წთ-ზე ნაკლები ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა კვირაში 5 ჯერზე ნაკლებად	35 (9.1%)	136 (35.3%)	138 (35.8%)	64 (16.6%)	12 (3.1%)

ცხრილი 14. რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის ჯამური ქულა

ქულა	n	%
12	1	0.3
18	1	0.3
19	3	0.8
20	1	0.3
22	3	0.8
23	3	0.8
24	4	1.0
25	3	0.8
26	8	2.1
27	9	2.3
28	15	3.9
29	8	2.1
30	17	4.4
31	24	6.2
32	18	4.7
33	33	8.6
34	27	7.0
35	28	7.3
36	34	8.8
37	21	5.5
38	18	4.7
39	19	4.9
40	22	5.7
41	22	5.7
42	17	4.4
43	4	1.0
44	11	2.9
45	2	0.5
46	1	0.3
47	2	0.5
48	3	0.8
49	1	0.3
50	1	0.3
55	1	0.3

ცხრილი 15. რისკ-ფაქტორების ცოდნის დონე

დონე	n	%
ძალიან დაბალი	6	1.6
დაბალი	112	29.1
საშუალო	245	63.6
მაღალი	22	5.7

ცხრილი 16. სიმსივნური დაავადებების განვითარების ასაკი

ასაკი	n	%
20-29	1	0.3
30-39	10	2.6
40-49	40	10.4
50-59	45	11.7
60-69	30	7.8
70-79	16	4.2
80 და მეტი	8	2.1
სიმსივნე არ არის დამოკიდებული ასაკზე	235	61.0

ცხრილი 17. ქალებში გავრცელების მხრივ პირველ ადგილზე მყოფი სიმსივნე

კიბოს ტიპი	N	%
ბუბუ	285	74%
საშვილოსნოს ყელი	65	17%
ფილტვი	5	1.3%
კუჭი	1	0.3%

ცხრილი 18. ქალებში გავრცელების მხრივ მეორე ადგილზე მყოფი სიმსივნე

კიბოს ტიპი	N	%
საშვილოსნოს ყელი	244	63.4%
ძუძუ	62	16.1%
ფილტვი	10	2.6%
ნაწლავი	5	1.3%
კუჭი	4	1%

ცხრილი 19. ქალებში გავრცელების მხრივ მესამე ადგილზე მყოფი სიმსივნე

კიბოს ტიპი	N	%
ნაწლავი	61	15.8%
ფილტვი	40	10.4%
კუჭი	24	6.2%
ძუძუ	4	1%

ცხრილი 20. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ პირველ ადგილზე მყოფი სიმსივნე

კიბოს ტიპი	N	%
პროსტატა	217	56.4%
ფილტვი	75	19.5%
ნაწლავი	22	5.7%
პანკრეასი	2	0.5%

ცხრილი 21. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ მეორე ადგილზე მყოფი სიმსივნემამაკაცებში

კიბოს ტიპი	N	%
ფილტვი	114	29.6%
ნაწლავი	64	16.6%
პროსტატა	50	13%
კუჭი	44	11.4%
ღვიძლი	26	6.8%
პანკრეასი	12	3.1%

ცხრილი 22. მამაკაცებში გავრცელების მხრივ მესამე ადგილზე მყოფი სიმსივნე

კიბოს ტიპი	N	%
ნაწლავი	66	17.1%
ფილტვი	58	15.1%
კუჭი	52	13.5%
პროსტატა	24	6.2%
პანკრეასი	13	3.4%

ცხრილი 23. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა

პასუხი	N	%
კი	355	92.2
არა	6	1.6
არ ვიცი	24	6.2

ცხრილი 24. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი

ასაკი	n	%
14	1	0.3
15	4	1.0
16	2	0.5
17	1	0.3
18	4	1.0
20	8	2.1
25	15	3.9
30	33	8.6
33	1	0.3
35	12	3.1
39	1	0.3
40	189	49.1
45	13	3.4
50	10	2.6
55	1	0.3
60	1	0.3

ცხრილი 25. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა

პასუხი	N	%
კი	304	79.0
არა	8	2.0
არ ვიცი	73	19.0

ცხრილი 26. სამშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი

ასაკი	N	%
15	3	0.8
16	1	0.3
18	6	1.6
20	7	1.8
21	1	0.3
25	33	8.6
27	1	0.3
30	36	9.4
35	14	3.6
40	123	31.9
45	9	2.3
50	17	4.4
55	1	0.3
60	1	0.3

ცხრილი 27. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამის არსებობა

პასუხი	N	%
კი	207	53.8
არა	28	7.3
არ ვიცი	150	39.0

ცხრილი 28. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ასაკი

ასაკი	N	%
18	1	0.3
20	2	0.5
25	2	0.5
30	9	2.3
35	2	0.5
40	48	12.5
45	9	2.3
50	81	21.0
60	14	3.6
65	1	0.3
70	2	0.5
18	1	0.3
20	2	0.5

ცხრილი 29. კიბოს სიმპტომების ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	კიბოს სიმპტომების ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	8.704	6	0.191
სქესი	8.544	2	0.014*
რეგიონი	17.671	20	0.609
დასახლების ტიპი	9.197	8	0.326
ოჯახური მდგომარეობა	20.224	12	0.063
განათლება	2.895	6	0.822
დასაქმება	12.132	8	0.145
ოჯახის შემოსავალი	17.907	8	0.022*

df – degrees of freedom

* p-value სტატისტიკურად სარწმუნო (< 0.05)

ცხრილი 30. კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	18.854	9	0.026*
სქესი	5.004	3	0.172
რეგიონი	42.743	30	0.062
დასახლების ტიპი	24.103	12	0.020*
ოჯახური მდგომარეობა	31.01	18	0.029
განათლება	6.781	9	0.66
დასაქმება	10.051	12	0.612
ოჯახის შემოსავალი	25.562	12	0.012*

df – degrees of freedom

* p-value სტატისტიკურად სარწმუნო (< 0.05)

ცხრილი 31. ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცოდნასა და რესპონდენტების

სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	ძუძუს კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	Df	p-value
ასაკი	37.646	6	0.000*
სქესი	15.239	2	0.000*
რეგიონი	22.018	20	0.340
დასახლების ტიპი	14.867	8	0.062
ოჯახური მდგომარეობა	10.068	12	0.610
განათლება	30.717	6	0.000*
დასაქმება	19.974	8	0.010*
ოჯახის შემოსავალი	11.814	8	0.160

df – degrees of freedom

* p-value სტატისტიკურად სარწმუნო (< 0.05)

ცხრილი 32. საშვილოსნოს ყელი კიბოს სკრინინგის ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი-კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	33.900	6	0.000*
სქესი	24.476	2	0.000*
რეგიონი	13.574	20	0.851
დასახლების ტიპი	11.359	8	0.182
ოჯახური მდგომარეობა	8.716	12	0.727
განათლება	29.306	6	0.000*
დასაქმება	14.755	8	0.064
ოჯახის შემოსავალი	6.118	8	0.634

df – degrees of freedom

* p-value სტატისტიკურად სარწმუნო (< 0.05)

ცხრილი 33. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ცოდნასა და რესპონდენტების სოციოდემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის ასოციაცია

სოციოდემოგრაფიული პარამეტრები	მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ცოდნა		
	ხი კვადრატი (χ^2)		
	მაჩვენებელი	df	p-value
ასაკი	33.345	6	0.000*
სქესი	17.176	2	0.000*
რეგიონი	23.686	20	0.256
დასახლების ტიპი	4.709	8	0.788
ოჯახური მდგომარეობა	8.497	12	0.745
განათლება	12.375	6	0.054
დასაქმება	3.802	8	0.875
ოჯახის შემოსავალი	8.591	8	0.378

df – degrees of freedom

* p-value სტატისტიკურად სარწმუნო (< 0.05)

ბიბლიოგრაფია

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). კიბოს პოპულაციური რეგისტრის სამი წლის შედეგები; 2015–2017.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (n.d.). ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=01b47a1e-6814-4f55-9f18-1b9b7c79efb3>

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, & დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2017). კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017–2020. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f4ebcc3c-5b3e-4ffb-8244-258746af6452>

Abeje, A., Seme, A., & Tibelt, A. (2019). Factors associated with breast cancer screening awareness and practices of women in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 19(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0701-5>

Al Bashir, S., AlBarakat, M. M., Alabedalhalim, K. K., Al-Khalaileh, A., Alassaf, A., Saleh, O., et al. (2024). Knowledge of cancer symptoms and risk factors: A cross-sectional study from a developing country. *Medicine*, 103(15), e37823. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037823>

Algamdi, M., Gonzales, A., & Farah, E. (2021). Awareness of common cancer risk factors and symptoms in Saudi Arabia: A community-based study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(6), 1813–1819. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.6.1813>

American Cancer Society. (2025). *Cancer facts & figures 2025*. American Cancer Society.

Andersen, S. W., et al. (2022). Sociocultural factors, access to healthcare, and lifestyle: Multifactorial indicators in association with colorectal cancer risk. *Cancer Prevention Research, 15*(9), 595–603. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-22-0150>

Arnold, M., et al. (2019). Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries, 1995–2014. *The Lancet Oncology, 20*(11), 1493–1505. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30456-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30456-5)

Australian Institute of Health and Welfare. (2021). *Cancer in Australia 2021*. Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer/cancer-in-australia-2021>

Austoker, J., Bankhead, C., Forbes, L. J., Atkins, L., Martin, F., Robb, K., et al. (2009). Interventions to promote cancer awareness and early presentation: Systematic review. *British Journal of Cancer, 101*(Suppl 2), S31–S39. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605388>

Bomb, M., Hiom, S., Kumar, H., Moffat, J., Ormiston-Smith, N., & Woolf, L. (2014). *Saving lives, averting costs*. Cancer Research UK.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>

Berbecka, M., et al. (2020). Awareness of gastrointestinal tract malignancies among the population of Lublin province (Eastern Poland): A cross-sectional study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 27*(3), 469–475. <https://doi.org/10.26444/aaem/126256>

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263

Cancer Research UK. (2011). *Cancer awareness measure (CAM) toolkit* (Version 2.1). <https://www.scribd.com/document/371961457/CAM-Toolkit>

Chemos, I., & Mpugu, S. K. (2022). Cancer-related knowledge and risk perception among secondary school students in Central Uganda. *Open Access Library Journal*, 9, 1–12.

Chidyaonga-Maseko, F., et al. (2015). Underutilization of cervical cancer prevention services in low- and middle-income countries: A review of contributing factors. *Pan African Medical Journal*, 21, 231. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.231.6350>

Dattani, S., Spooner, F., Ritchie, H., & Roser, M. (2023). *Causes of death*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: A worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180–e190. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)

Dolatkhah, R., & Fakhari Dehkharghani, K. (2020). Cancer knowledge, attitude and protective behaviour in high school students: A cross-sectional analytical study in East Azerbaijan, Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(11), LC29–LC33. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/45266.14231>.

Elmunzer, B. J., et al. (2012). [Title of the article]. *PLoS Medicine*, 9(12), e1001352. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001352>

Elshami, M., Elshami, A., Alshorbassi, N., Alkhatib, M., Ismail, I., Abu-Nemer, K., et al. (2020). Knowledge level of cancer symptoms and risk factors in the Gaza Strip: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08553-4>

Fang, C. Y., & Ragin, C. C. (2020). Addressing disparities in cancer screening among U.S. immigrants: Progress and opportunities. *Cancer Prevention Research*, 13(3), 253–260. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0468>

Feizi, A., et al. (2011). Assessing awareness level about warning signs of cancer and its determinants in an Iranian general population. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(6), 656–659.

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., et al. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>

Gulbiani, L., Topuridze, M., Todua, T., Sarashvili, N., Abzianidze, T., Kochlamazashvili, M., & Butsashvili, M. (2022). Awareness of cancer screening among Georgian primary care physicians. *Georgian Medical News*, (322), 53–58

Hanna, T. P., et al. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 371, m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

Hussain, I., et al. (2022). A national survey to assess breast cancer awareness among the female university students of Pakistan. *PLoS ONE*, 17(1), e0262030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262030>

International Agency for Research on Cancer. (2021). *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*.

Islam, J. Y., et al. (2018). Knowledge of cervical cancer and HPV vaccine in Bangladeshi women: A population-based, cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 18(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0510-x>

Karadeniz, H., & Cetinkaya, F. (2020). Knowledge levels and attitudes of adult individuals about cancer and its risk factors. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(11), 1607–1614. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_434_19

Lotrean, L. M., Ailoaiei, R., Popa, M., & de Vries, H. (2015). Knowledge regarding early detection of cancer among Romanian women having relatives with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(3), 1091–1095. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.3.1091>

Kundrod, K. A., Jeronimo, J., Vetter, B., Maza, M., Murenzi, G., Phoolcharoen, N., et al. (2023). Toward 70% cervical cancer screening coverage: Technical challenges and opportunities to increase access to human papillomavirus (HPV) testing. *PLoS Global Public Health*, 3(8), e0001982. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001982>

Lizama, N., Jongenelis, M., & Slevin, T. (2020). Awareness of cancer risk factors and protective factors among Australian adults. *Health Promotion Journal of Australia*, 31(1), 77–83. <https://doi.org/10.1002/hpja.248>

Lopez, A. M., et al. (2019). Epidemiology and implementation of cancer prevention in disparate populations and settings. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 39, 50–60. https://doi.org/10.1200/EDBK_239217

Maringe, C., et al. (2013). Stage at diagnosis and colorectal cancer survival in six high-income countries. *Acta Oncologica*, 52(5), 919–932. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2013.774428>

Maringe, C., Walters, S., Rachet, B., Butler, J., Fields, T., Finan, P., et al. (2013). Stage at diagnosis and colorectal cancer survival in six high-income countries: A population-based study of patients diagnosed during 2000–2007. *Acta Oncologica*, 52(5), 919–932. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2013.764008>

Mayo Clinic. (n.d.). *Cancer: Symptoms and causes*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>

Mofoluwake, P., et al. (2019). Awareness of breast and cervical cancer among women in the informal sector in Nigeria. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(14), 2371–2376.

Møller, H., Sandin, F., Bray, F., Klint, Å., Linklater, K. M., Purushotham, A., et al. (2010). Breast cancer survival in England, Norway and Sweden: A population-based comparison. *International Journal of Cancer*, 127(11), 2630–2638. <https://doi.org/10.1002/ijc.25264>

National Statistics Office of Georgia. (n.d.). *geostat.ge*. National Statistics Office of Georgia. <https://www.geostat.ge/ka>

National Centre for Disease Control and Public Health. (2020). *Cancer in Georgia (2020): 2015–2019*. NCDC. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5b773bb3-39d4-45c5-b329-375fa1334200>

NHS England. (2022, March 1). NHS Chief launches new campaign to combat the fear of cancer. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/2022/03/nhs-chief-launches-new-campaign-to-combat-the-fear-of-cancer>

NHS England. (2023). *Cancer survival in England, cancers diagnosed 2016 to 2020, followed up to 2021*. NHS England.

Niksic, M., et al. (2016). Is cancer survival associated with cancer symptom awareness and barriers to seeking medical help in England? An ecological study. *British Journal of Cancer*, 115(7), 876–886. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.247>

Oswal, K., et al. (2020). Assessment of knowledge and screening in oral, breast, and cervical cancer in Northeast India. *JCO Global Oncology*, 6, 601–609. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00327>

Pak, L. M., et al. (2021). Cancer awareness and stigma in rural Assam, India. *Annals of Surgical Oncology*, 28(12), 7006–7013. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-10133-6>

Panayotova, Y., & Georgieva, L. M. (2019). Knowledge, screening history and satisfaction among eligible for cancer screening people in Bulgaria. *International Journal of Advanced Research*, 7(Jan), 499–507. <https://doi.org/10.21474/IJAR01/8354>

Parun, A. Š., Čukelj, P., Tešić, V., Jelavić, M., & Brkljačić, B. (2022). The results of the national breast cancer screening program in Croatia (2006–2016). *Croatian Medical Journal*, 63(4), 326–334. <https://doi.org/10.3325/cmj.2022.63.326>

Paulauskiene, J., Ivanauskiene, R., Skrodeniene, E., & Petkeviciene, J. (2019). Organized versus opportunistic cervical cancer screening in urban and rural regions of Lithuania. *Medicina*, 55(9), 570. <https://doi.org/10.3390/medicina55090570>

Robb, K., Stubbings, S., Ramirez, A., Macleod, U., Austoker, J., Waller, J., Hiom, S., & Wardle, J. (2009). Public awareness of cancer in Britain: A population-based survey of adults. *British Journal of Cancer*, *101*(Suppl 2), S18–S23. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605386>

Rucinska, M., et al. (2021). Polish high school students' knowledge about cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4765. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094765>

Ryan, A. M., et al. (2015). Poor awareness of risk factors for cancer in Irish adults: Results of a large survey and review of the literature. *The Oncologist*, *20*(4), 372–378. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0453>

Sahu, D. P., et al. (2020). Cancer awareness and attitude towards cancer screening in India: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *9*(5), 2214–2218.

Sarma, E. A., et al. (2020). Cancer symptom awareness in the US: Sociodemographic differences in a population-based survey of adults. *Preventive Medicine*, *132*, 106005. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.106005>

Sedeta, E., et al. (2023). Recent mortality patterns and time trends for the major cancers in 47 countries worldwide. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *32*(7), 894–905. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-22-1181>

Sokołowska, A., Antoszevska, A., Jasiewicz, M., Słoma, P., Skrzynecka, S., Lasek, A., et al. (2025). Public knowledge of cancer in southern Poland. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, *23*(1), 190–196.

Stubbings, S., Robb, K., Waller, J., Ramirez, A., Austoker, J., Macleod, U., et al. (2009). Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *British Journal of Cancer*, *101*(Suppl 2), S13–S17. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605385>

Taneja, N., et al. (2021). Knowledge, attitude, and practice on cervical cancer and screening among women in India: A review. *Cancer Control*, *28*, 1–10.

Tekeste, Z., Berhe, N., Arage, M., Degarege, A., & Melaku, Y. A. (2023). Cancer signs and risk factors awareness in Addis Ababa, Ethiopia: A population-based survey. *Infectious Agents and Cancer*, *18*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13027-022-00477-5>

Tfaily, M. A., et al. (2019). Awareness of colorectal cancer and attitudes towards its screening guidelines in Lebanon. *Annals of Global Health*, *85*(1), 75. <https://doi.org/10.5334/aogh.2435>

The Caucasus Research Resource Centers (CRRC). (2024). *Caucasus Barometer 2024 Georgia*. <https://caucasusbarometer.org/en/cb2024ge>

Su, T. T., et al. (2019). Level of colorectal cancer awareness: A cross-sectional exploratory study among multi-ethnic rural population in Malaysia. *BMC Cancer*, *19*, 376. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5565-4>

Tsuda, Y., Suzuki, K., Minamiguchi, Y., Yamanaka, M., Doi, T., Tomari, Y., et al. (2024). Awareness of cancer and its associated factors for parents of adolescents and young adults: A cross-sectional study. *Medicine*, *103*(27), e38734. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038734>

US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2023). *Increase the proportion of adults who get screened for colorectal cancer*

— C 07. Healthy People 2030. <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/cancer/increase-proportion-adults-who-get-screened-colorectal-cancer-c-07>

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P.; STROBE Initiative. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)

Wrinten, C., et al. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1070–1079. <https://doi.org/10.1002/pon.4256>.

Walters, S., Maringe, C., Coleman, M. P., Peake, M. D., Butler, J., Young, N., et al. (2013). Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: A population-based study, 2004–2007. *Thorax*, 68(6), 551–564. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-202297>

Williams, L. B., et al. (2021). Promoting community awareness of lung cancer screening among disparate populations. *Cancer Nursing*, 44(2), 89–97. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000783>

World Health Organization. (2020). *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: Report of the 2019 global survey*. World Health Organization.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Wright, H. Z., Simonsen, K., & Cheng, Y. (2014). High breast cancer related mortality in Armenia: Examining the breast cancer knowledge gap. *Annals of Global Health*, 80(3), 230.

<https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.08.182>

Yadav, K., et al. (2022). Cancer awareness and its association with demographic variables and mobile phone usage among the rural population of north India. *Indian Journal of Medical Research*, 156(1), 94–103.

Yeung, M. P. S., Chan, E. Y. Y., Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., & Cheung, P. S.-Y. (2019). Hong Kong female's breast cancer awareness measure: Cross-sectional survey. *World Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 98–109. <https://doi.org/10.5306/wjco.v10.i2.98>

Zavoral, M., Suchanek, S., Majek, O., Fric, P., Minarikova, P., Minarik, M., et al. (2014). Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress. *World Journal of Gastroenterology*, 20(14), 3825–3834. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i14.3825>

Zhang, M., et al. (2022). Educational interventions to promote cervical cancer screening among rural populations: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 6643. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116643>