



მუძუსა და საშვილოსნოს ყელის
კიბოს სკრინინგის ცოდნა-
დამოკიდებულება-ქცევის
საბაზისო კვლევა
საქართველო
2025

სარჩევი

შეჯამება _____	8
წინასიტყვაობა _____	10
მეთოდოლოგია _____	13
რაოდენობრივი კომპონენტი _____	13
ხარისხობრივი კომპონენტი _____	15
ეთიკური ასპექტები _____	20
რაოდენობრივი კვლევის შედეგები _____	21
აღწერილობითი ანალიზი _____	21
• დემოგრაფიული მონაცემები _____	21
• სამედიცინო პერსონალის კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა _	22
• პაციენტების კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა, მედპერსონალის შეხედულებით _____	27
• პირველადი ჯანდაცვის სექტორში კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობისა და ხელშეწყობის პრაქტიკა _____	32
• მედპერსონალის კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის უნარები (Capacity) _____	37
• კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (Opportunity) _____	40
• კიბოს სკრინინგის სერვისებში ჩართვის მოტივაცია (Motivation) _____	44
ასოციალიური ანალიზი _____	52
• საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები _____	52
• ბუძუს კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები _____	53
ხარისხობრივი კვლევის შედეგები _____	56
• ბუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევა მოსახლეობაში _	56
• ბუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის უნარები - Capacity _____	57

• ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესაძლებლობები - Opportunity	59
• ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მოტივაცია - Motivation	60
• ქცევითი ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები COM-B მოდელის მიხედვით	62
დასკვნები და რეკომენდაციები	65
I. ქცევა - Behavior	65
III. შესაძლებლობები - Opportunity	71
IV. მოტივაცია - Motivation	74
რეკომენდაციები	76
გამოყენებული ლიტერატურა	79
დანართი 1 - რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტები	80
დანართი 2 - ხარისხობრივი კვლევის ინსტრუმენტები	97

ცხრილების სარჩევი

ცხრილი 1. ხარისხობრივი კვლევის სამიზნე მუნიციპალიტეტების შერჩევის კრიტერიუმები და დასაბუთება.....	15
ცხრილი 2. ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის კვლევის მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის სოციო დემოგრაფიული მონაცემები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	21
ცხრილი 3. ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის კვლევის მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის საშვილოსნოს და ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევის მონაცემები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025.....	25
ცხრილი 4. პაციენტების კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა და ბარიერები, მედპერსონალის შეხედულებით, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	30
ცხრილი 5. პირველადი ჯანდაცვის სექტორში კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის პრაქტიკა, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	35
ცხრილი 6. პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მედპერსონალის კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის უნარები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	39
ცხრილი 7. კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	43
ცხრილი 8. კიბოს სკრინინგის სერვისებში ჩართვის მოტივაცია, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	47
ცხრილი 9. კიბოს სკრინინგის საკითხებზე კომუნიკაცია და ინფორმაციის წყაროები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025	51
ცხრილი 10. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები	52
ცხრილი 11. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები	54

ცხრილი 12 . კიბოს სკრინინგის ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები COM-B
მოდელის მიხედვით (ხარისხობრივი მონაცემების გაერთიანებული ანალიზი) 63

გრაფიკების სარჩევი

გრაფიკი 1. COM-B თეორიული ჩარჩო Behavioral Change Wheel (BCW)	20
გრაფიკი 2. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევის შედარება.....	22
გრაფიკი 3. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევის ბარიერების შედარება.....	23
გრაფიკი 4. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლები მედპერსონალის მოსაზრებით	27
გრაფიკი 5. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ მოსახლეობის ცოდნისა და აღქმის დონე მედპერსონალის მოსაზრებით	28
გრაფიკი 6. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ბარიერები მოსახლეობაში მედპერსონალის მოსაზრებით.....	29
გრაფიკი 7. ბოლო ერთი თვის განმავლობაში სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფში მყოფ პაციენტთა მიმართ რეკომენდაციის, გადამისამართების ან რეგისტრაციის პრაქტიკა	32
გრაფიკი 8. პჯდ მედპერსონალის მიერ პაციენტისთვის სკრინინგის ჩატარებისა და შედეგის მიღების კონტროლის პრაქტიკა	32
გრაფიკი 9. პჯდ მედპერსონალის მოსაზრება კიბოს სკრინინგში მათ როლსა და კომპეტენციებზე.....	33
გრაფიკი 10. პჯდ მედპერსონალის მიერ პაციენტთა კიბოს სკრინინგზე გადამისამართების ბარიერები და სტრატეგიები	34
გრაფიკი 11. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ინფორმირებულობის დონე პჯდ მედპერსონალში.....	37

გრაფიკი 12. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამაზე ცოდნის დონე პჯდ მედპერსონალში.....	38
გრაფიკი 13. კიბოს სკრინინგის უფასო პროგრამის სერვისების ხელმისაწვდომობა ..	40
გრაფიკი 14. კიბოს სკრინინგის უფასო სერვისებზე წვდომა გეოგრაფიული ან დროის კუთხით	41
გრაფიკი 15. მოსახლეობის კიბოს სკრინინგის უფასო სერვისების შესახებ ინფორმირებულობა	41
გრაფიკი 16. კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის მოწვევის შეტყობინება და მედპერსონალის მიერ წახალისება	42
გრაფიკი 17. სკრინინგზე ჩაწერა ან ვიზიტის ჯავშანი ბოლო 2 წლის განმავლობაში. 43	
გრაფიკი 18. კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით შიშის ან სირცხვილის-უხერხულობის განცდა პჯდ მედპერსონალში	45
გრაფიკი 19. პჯდ მედპერსონალის შეხედულებით რამედნად უშლის ხელს სკრინინგი კიბოს შორსწასული - მძიმე ფორმის განვითარებას	45
გრაფიკი 20. კიბოს სკრინინგის სარგებლის, საჭიროებისა და ვალდებულებების აღქმა პჯდ მედპერსონალში.....	46
გრაფიკი 21. კიბოს სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე ახალი და ყველაზე სანდო წყაროები პჯდ მედპერსონალში.....	49
გრაფიკი 22. ვიზუალური და ბეჭდური საინფორმაციო მასალების ხელმისაწვდომობა პჯდ მედპერსონალში.....	49
გრაფიკი 23. კიბოს სკრინინგზე ციფრული ფორმით (სმს, ელ. ფოსტა, მობილური აპლიკაცია) ინფორმაციის მიღების გამოცდილება პჯდ მედპერსონალში	50

შემოკლებები

COM-B – *Capability, Opportunity, Motivation – Behavior*

(უნარები, შესაძლებლობები, მოტივაცია – ქცევა). ქცევითი ანალიზის ჩარჩო, რომელიც გამოიყენება ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების იდენტიფიცირებისთვის.

HPV – *Human Papillomavirus*

(ადამიანის პაპილომაღვირუსი). ვირუსი, რომლის ტესტირება გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დროს.

KAP – *Knowledge, Attitudes, Practices*

(ცოდნა, დამოკიდებულებები, ქცევები). კვლევის მეთოდოლოგიური ჩარჩო, რომელიც გამოიყენება მოსახლეობისა და ჯანდაცვის პერსონალის ქცევითი ფაქტორების შესაფასებლად.

SD – *Standard Deviation*

(სტანდარტული გადახრა). სტატისტიკური მაჩვენებელი, რომელიც ასახავს მონაცემთა ვარიაციის დონეს.

WHO / ჯანმო – *World Health Organization*

(ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია). საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის პოლიტიკასა და რეკომენდაციებს.

პჯდ – *პირველადი ჯანდაცვა*

აღნიშნავს პირველადი ჯანდაცვის სისტემას და მის პერსონალს (ოჯახის ექიმები, მედდები და სხვა), რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სკრინინგის პროცესში

შეჯამება

კვლევა განხორციელდა პროექტ „კიბოს პრევენცია და ზრუნვის გაუმჯობესება“ (2025–2027) ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მიერ და ახორციელებს არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი“ საქართველოში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით.

კვლევის მიზანი იყო შეესწავლა ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა (KAP) კიბოს პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებით, რათა გამოიკვეთილიყო ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები სკრინინგის პროგრამებში მონაწილეობის მისაღებად.

კვლევაში გამოყენებული იქნა შერეული მეთოდოლოგია, რომელიც მოიცავდა:

- **რაოდენობრივ კომპონენტს:** ონლაინ კვლევა ქვეყნის მასშტაბით პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალში
- **ხარისხობრივ კომპონენტს:** ფოკუს ჯგუფები და სიღრმისეული ინტერვიუები მოსახლეობასა და სკრინინგის სერვისის მიმწოდებელ მედპერსონალში ბათუმში, ზუგდიდში, გურჯაანსა და ახალციხეში

მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა COM-B ქცევის მოდელი და Behavioral Change Wheel (BCW) ჩარჩო, რამაც საშუალება მოგვცა სისტემურად გამოგვეკვლია ქცევითი ბარიერები და შეგვეშუავებინა მიზნობრივი ინტერვენციების რეკომენდაციები.

ძირითადი მიგნებები COM-B მოდელის მიხედვით:

1. **ქცევა (Behavior):** სკრინინგის დაბალი მოცვა და არარეგულარული მონაწილეობა როგორც მოსახლეობაში, ასევე პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს შორის. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი ხარვეზები პაციენტების ინფორმირების, გადამისამართების და შედეგების კონტროლის პროცესებში. დადასტურდა კავშირი ბენეფიციარებისა და ექიმების ქცევას შორის, რაც მიუთითებს ორმხრივ გავლენასა და ქცევის ნორმალიზაციის პროცესზე — პაციენტების ჩართულობა აძლიერებს ექიმების მოტივაციას თავად ჩაიტაროს სკრინინგი, ხოლო ექიმების ქცევა და რეკომენდაცია აძლიერებს პაციენტების მონაწილეობას სკრინინგში.
2. **უნარები (Capability):** აღმოჩნდა, რომ არსებობს ცოდნის მნიშვნელოვანი ხარვეზები სკრინინგის ასაკობრივ კრიტერიუმებს, სიხშირესა და მეთოდებთან დაკავშირებით, როგორც მოსახლეობაში, ასევე ჯანდაცვის ზოგიერთ პროვაიდერთა შორის.

3. **შესაძლებლობები (Opportunity):** გამოვლინდა ფიზიკური ბარიერები (გეოგრაფიული დისტანცია, ტრანსპორტის სირთულე, ემიგრაცია) და სოციალური ბარიერები (ოჯახის ექიმების დაბალი ჩართულობა, მოწვევისა და შეხსენების სისტემის არქონა). ეთნიკურ უმცირესობებში ენობრივი ბარიერი და კულტურულად მორგებული ინფორმაციის ნაკლებობა დამატებით აფერხებს ჩართულობას.
4. **მოტივაცია (Motivation):** შიში, სირცხვილი, დიაგნოზისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება და რისკების დაბალი აღქმა მოტივაციურ ბარიერებს ქმნის. თუმცა, ასევე გამოვლინდა ძლიერი მოტივატორები, როგორიცაა პრევენციის მნიშვნელობის აღქმა და ოჯახისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობა.

ძირითადი რეკომენდაციები:

1. **განათლება და ტრენინგი:** ჩატარდეს საინფორმაციო კამპანიები მოსახლეობაში და სპეციალიზებული ტრენინგები ჯანდაცვის პერსონალისთვის სკრინინგის მნიშვნელობასა და პროცედურებზე.
2. **გარემოს რესტრუქტურია:** გააუმჯობესდეს სკრინინგის სერვისების ხელმისაწვდომობა მობილური კლინიკების და ტრანსპორტირების სუბსიდირების მეშვეობით, განსაკუთრებით სოფლად.
3. **მოწვევის სისტემა:** დაინერგოს სტანდარტიზებული მოწვევისა და შეხსენების სისტემა SMS, ელ. ფოსტის ან ტელეფონის მეშვეობით.
4. **პერსონალის მოტივაცია:** შემუშავდეს ჯანდაცვის პერსონალის წახალისების მექანიზმები სკრინინგზე პაციენტების აქტიური მიმართულებისთვის.
5. **კომუნიკაციის სტრატეგია:** გამოყენებული იქნას პოზიტიური, შიშის დამძლევი მესიჯები და რეალური ისტორიები საინფორმაციო კამპანიებში, რომლებიც ქალების ემოციურ მხარდაჭერასა და ქცევის ნორმალიზაციას შეუწყობს ხელს; ეთნიკურ უმცირესობებში კი გამოიყენოს ადგილობრივ ენასა და კულტურაზე მორგებული მასალები თემის ლიდერების ჩართულობით.

კვლევის შედეგები და რეკომენდაციები გამოყენებული იქნება პროექტის ფარგლებში დაგეგმილი ინტერვენციების (საკომუნიკაციო კამპანიები, ტრენინგები, სერვისების რეორგანიზაცია) მიზნობრივად დასაგეგმად და დანერგვისთვის, რათა ხელი შეუწყოს კიბოს პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკის ეფექტიანობის ამაღლებას საქართველოში.

წინასიტყვაობა

ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს ქალთა ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან ონკოლოგიურ გამოწვევას, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც პრევენციული ღონისძიებების, სკრინინგის პროგრამებისა და ადრეული დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია.¹ მიუხედავად მათი მაღალი ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებისა, ორივე დაავადება მიეკუთვნება თავიდან აცილებად და ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებად პათოლოგიებს, რომლის პრევენცია და მკურნალობა თანამედროვე სამედიცინო მიდგომებით მაღალი ეფექტიანობით ხორციელდება.²

კიბო საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთერთი უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა. 2023 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების (C00-D09, კანის კიბოს გამოკლებით) 11625 ახალი შემთხვევა დარეგისტრირდა, რაც შეესაბამება ასაკზე სტანდარტიზებულ ინციდენტობის მაჩვენებელს 312.9 100,000 მოსახლეზე ³. ახალი შემთხვევების 53% აღირიცხა ქალებში, ხოლო 47% — კაცებში. შემთხვევათა დაახლოებით ორი მესამედი (≈66%) მოდიოდა 30–70 წლის ასაკობრივ ჯგუფზე, ხოლო რეპროდუქციულ ასაკში (15–49 წელი) მყოფ ქალებში დაფიქსირდა ყველა ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევათა დაახლოებით 23%. საქართველოში კიბოს შემთხვევათა მნიშვნელოვანი ნაწილი დიაგნოსტირება უკვე გვიან სტადიაზე. დაავადების სტადიის მიხედვით, I–II სტადიებზე დარეგისტრირდა შემთხვევათა 37.2%, ხოლო III–IV სტადიებზე — 40.2% (დანარჩენ შემთხვევებში სტადია არ იყო განსაზღვრული). კიბოს დიაგნოზით 2023 წელს გარდაიცვალა 4,939 პირი, რომელთა შორის ყველაზე მაღალი წილი მოდიოდა ტრაქეის, ბრონქისა და ფილტვის კიბოზე (16%) და სარძევე ჯირკვლის კიბოზე (8%).

ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბო ქალთა ავთვისებიანი სიმსივნეების მნიშვნელოვან ტვირთად რჩება. 2023 წელს სარძევე ჯირკვლის კიბო ქალებში ყველა ახალი შემთხვევის მესამედზე მეტს (33.3%) შეადგენდა, ინციდენტობის მაჩვენებელი იყო 105.0 100 000 ქალზე, ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი კი 77.7%-ს შეადგენდა, რაც წინა წლებთან შედარებით გაუმჯობესების ტენდენციას ასახავს. რაც შეეხება საშვილოსნოს ყელის კიბოს, 2023 წელს დარეგისტრირდა 356 ახალი შემთხვევა (5.8% ყველა შემთხვევიდან), ინციდენტობის მაჩვენებელი – 18.6 100 000 ქალზე, ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი კი 58.2% იყო, რაც ადასტურებს, რომ დაავადება კვლავ ხშირად გვიან სტადიებზე დიაგნოსტირდება.

სკრინინგი არის კიბოს კონტროლის სტრატეგიის კრიტიკული კომპონენტი, რომელიც ამცირებს ავადობასა და სიკვდილობას დაავადების ადრეული გამოვლენისა და დროული ჩარევის გზით ⁴. სკრინინგის ეფექტიანი პროგრამები ამცირებს

მკურნალობის ხარჯებს და ზრდის გადარჩენის მაჩვენებლებს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, როგორც საქართველოა, სადაც უმეტესწილად დაავადების გამოვლენა გვიან სტადიაზე ხდება ¹. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) რეკომენდაციით, სკრინინგის პროგრამებში მიზნობრივი მოსახლეობის მინიმუმ 70%-ის ჩართვა აუცილებელია, რათა მათი ეფექტიანობა მაქსიმალურად მაღალი იყოს ².

საქართველოში კიბოს უფასო სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამები — ძუძუს, საშვილოსნოს ყელისა და მსხვილი ნაწლავის კიბოზე — მოქმედებს 2011 წლიდან. მიუხედავად ეროვნული მასშტაბით ხელმისაწვდომობისა, პროგრამებში ჩართვის მაჩვენებლები რჩება დაბალი. 2023 წელს ძუძუს კიბოს სკრინინგით მოცვამ შეადგინა 16%, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი - 15.3%, ხოლო კოლორექტალური სკრინინგი — 3%-ს.

საერთაშორისო და ადგილობრივი კვლევების მიხედვით, კიბოს სკრინინგის პროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის დაბალი ჩართულობა მრავალფაქტორული ბარიერებით არის განპირობებული. აღნიშნული ბარიერები მოიცავს არა მხოლოდ ინფრასტრუქტურულ და ფინანსურ შეზღუდვებს, არამედ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დეფიციტს, სკრინინგის მნიშვნელობის არასათანადო აღქმას, მცდარ წარმოდგენებსა და დიაგნოზის შიშს, აგრეთვე ჯანდაცვის პროფესიონალთა არასაკმარის აქტიურობას პაციენტთა ინფორმირებისა და გადამისამართების პროცესში ⁵⁻¹⁰.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, აუცილებელია მიზნობრივი კვლევები, რომლებიც შეაფასებს ქცევით და ცოდნასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს, ასევე მოსახლეობისა და ჯანდაცვის პერსონალის დამოკიდებულებებს სკრინინგის მიმართ. სწორედ ამ მიზანს ემსახურება მოცემული ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის (Knowledge, Attitudes, Practices – KAP) კვლევა, რომელიც უზრუნველყოფს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ საბაზისო მონაცემებს ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების იდენტიფიცირებისთვის და გამოყენებული იქნება როგორც საფუძველი ეფექტიანი საკომუნიკაციო სტრატეგიებისა და პროგრამული ინტერვენციების შემუშავებისა და შემდგომ მათი შედეგების შეფასებისთვის, ქვეყნის სოციალურ და კულტურულ კონტექსტზე მორგებული მიდგომებით.

კვლევა განხორციელდა პროექტ „კიბოს პრევენცია და ზრუნვის გაუმჯობესება“ (2025–2027) ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მიერ და ახორციელებს არასამთავრობო ორგანიზაცია ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით. პროექტის მთავარი მიზანია კიბოს პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სისტემის გაუმჯობესება საქართველოში. ამ მიზნის მისაღწევად, პროექტი ისახავს

თანამშრომლობის ჩარჩოს შექმნას და მოიცავს მრავალფეროვან აქტივობებს. მათ შორისაა კიბოს ეროვნული რეგისტრის გაძლიერება მონაცემთა ხარისხისა და სიზუსტის გაზრდის მიზნით, სხვადასხვა სამედიცინო ინფორმაციულ სისტემებს (E-MIS, CEMR) შორის მონაცემთა ავტომატური გაცვლის მექანიზმის დანერგვა, აგრეთვე კიბოს სკრინინგისთვის ელექტრონული მოწვევისა და დაჯავშნის სისტემების დახმარება. დაგეგმილია, ასევე, ხელოვნური ინტელექტის საფუძველზე დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტების (განსაკუთრებით ძუძუს კიბოსთვის) განვითარება და ინტეგრაცია, საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების კამპანიების ჩატარება, ჯანდაცვის პერსონალის მომზადება, იაშვილის კლინიკაში ბავშვთა კიბოს მკურნალობის მხარდაჭერა რეზიდენტებისთვის სტიპენდიების გაცემისა და ექსპერტების გაცვლის გზით, აგრეთვე რეგიონული სკრინინგ ცენტრების მხარდაჭერა დიაგნოსტიკური აღჭურვილობით და პაციენტთა კმაყოფილების რეგულარული შეფასება.

მეთოდოლოგია

კვლევა განხორციელდა შერეული მეთოდოლოგიის გამოყენებით^{11,12}, რომელიც აერთიანებს როგორც რაოდენობრივ, ისე ხარისხობრივ კომპონენტებს. აღნიშნული მიდგომა უზრუნველყოფს ფართო მასშტაბით მონაცემების მიღებასა და მათი სიღრმისეულ ანალიზს, რაც საშუალებას იძლევა შეფასდეს როგორც ინდივიდუალური ქცევითი ფაქტორები, ისე სისტემური ბარიერები და ხელშემწყობი პირობები.

რაოდენობრივი კომპონენტი

რაოდენობრივი კვლევის სამიზნე პოპულაციად შეირჩა 25–70 წლის ასაკის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მომუშავე ოჯახის ექიმები, ვინაიდან აღნიშნული ჯგუფი (რომელთა 85%-ზე მეტი ქალბატონია) ასრულებს ორმაგ როლს — ერთის მხრივ, ისინი თვითონ უნდა იყვნენ სკრინინგში ჩართულნი, როგორც სკრინინგის სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფის წევრები, ხოლო მეორეს მხრივ — პასუხისმგებლები არიან მოსახლეობის ინფორმირებაზე, განათლებასა და სკრინინგზე რეკომენდაცია-გადამისამართებაზე. მათგან მიღებული მონაცემები საშუალებას იძლევა როგორც ინდივიდუალური ქცევის, ისე მოსახლეობაზე ზემოქმედების მექანიზმების ანალიზს.

დამატებით, აღნიშნული პროფესიული ჯგუფი არის უშუალოდ ჩართული პროექტის ფარგლებში დაგეგმილ შესაძლებლობების განვითარების აქტივობებში, მათ შორის ტრენინგებსა და საკომუნიკაციო ინტერვენციებში. შესაბამისად, კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანი იქნება როგორც მიმდინარე პროფესიული ქცევითი სტატუსის (პაციენტებისთვის კიბოს სკრინინგის რეკომენდაცია და გადამისამართება სერვისზე) შესაფასებლად, ისე მომდევნო ეტაპზე ინტერვენციების ეფექტიანობის მონიტორინგისა და შეფასებისთვის, რაც ადეკვატურ ემპირიულ საფუძველს მისცემს სამომავლო პოლიტიკურ და პროგრამულ გადაწყვეტილებებს.

ამავე დროს, აღნიშნული სამიზნე ჯგუფის შერჩევა ითვალისწინებს კვლევის განხორციელებადობას (feasibility), დროისა და რესურსების ეფექტურ გამოყენებას და გეოგრაფიული და დემოგრაფიული მრავალფეროვნების წარმოდგენას. ეს უზრუნველყოფს შედეგების გენერალიზაციის შესაძლებლობას ქვეყნის მასშტაბით (თბილისის გამოკლებით), რაც მნიშვნელოვანია მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად.

შენარჩევის ზომის გამოთვლა განხორციელდა პროპორციული შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. ქვეყანაში, 25–70 წლის ქალი ოჯახის ექიმების საერთო რაოდენობა შეადგენს დაახლოებით 1700-ს. ნიმუშის მოცულობა გამოითვალა Cochran-ის ფორმულის გამოყენებით (95%-იანი სანდოობის ინტერვალი, 5%-იანი ცდომილება, 50%-იანი ვარიანსი), რის შედეგადაც მიღებული მინიმალური ნიმუშის ზომა იყო 314.

იმისათვის, რომ ანალიზი შესაძლებელი ყოფილიყო დემოგრაფიული და რეგიონული ჭრილის მიხედვით და ასევე გასათვალისწინებელი ყოფილიყო შესაძლო უარები (20%), საბოლოო სამიზნე ნიმუშად განისაზღვრა მინიმუმ 370 მონაწილე.

მონაცემთა შეგროვება განხორციელდა ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის (KAP) თვითადმინისტრირებული ელექტრონული კითხვარის მეშვეობით, რომელიც სპეციალურად შემუშავდა კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე. კითხვარის პირველ ნაწილში ინტეგრირებული იყო ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რაც უზრუნველყოფდა კვლევის ეთიკურობასა და მონაცემთა დაცვას.

მონაცემთა შეგროვება განხორციელდა ონლაინ პლატფორმის გამოყენებით (Google Forms), ელექტრონული ფოსტაზე მოწვევების დაცირკულირების გზით, რომელიც გადაეგზავნა პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელ 1681 ექიმს ქვეყნის მასშტაბით ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ოფიციალური სიის შესაბამისად. სულ პლატფორმაზე დარეგისტრირდა 681 რესპონდენტი (გამოხმაურების მაჩვენებელი 40.5%), რომელთაგან კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა 671-მა რესპონდენტმა (ჩართულობის მაჩვენებელი 39.9%), მათგან პირდაპირ სამიზნე ჯგუფს (25-70 წლის ქალები) წარმოადგენდა 567 რესპონდენტი, რაც აღემატება მეთოდოლოგიის შესაბამისად წინასწარ განსაზღვრულ მინიმალური შენარჩუნის ზომას (≥ 350 რესპონდენტი). დარჩენილი 104 პირიდან ნაწილი იყო 70+ წლის ასაკის ქალბატონი (80 რესპონდენტი) და ნაწილი მამაკაცი (24 რესპონდენტი).

მონაცემების სიზუსტის და ანალიზისთვის მზაობის უზრუნველსაყოფად განხორციელდა მონაცემთა გაწმენდის შემდეგი ეტაპები:

- **დუბლიკატების იდენტიფიცირება და ამოღება:** ერთზე მეტი ჩანაწერის იდენტიფიცირების შემთხვევაში შენარჩუნდა მხოლოდ პირველი სრული პასუხი.
- **არასრული ან შეწყვეტილი პასუხების გამორიცხვა:** 5%-ზე ნაკლებად შევსებული ფორმები არ იქნა ჩართული ანალიზში.
- **გარე კატეგორიების სტანდარტიზაცია:** ღია კითხვებზე მიღებული პასუხები კოდირებული იქნა წინასწარ განსაზღვრულ კატეგორიებში.
- **არასამიზნე ჯგუფების იდენტიფიცირება და გამოყოფა:** 70 წელს გადაცილებული, თბილისში მცხოვრები ქალებისა და ასევე მამაკაცების მონაცემები გაანალიზდება განცალკევებით.

საბოლოო გაწმენდილი ბაზა მოიცავს **553 სრულფასოვან ჩანაწერს მიზნობრივი ჯგუფიდან**, რაც საშუალებას იძლევა ჩატარდეს როგორც აღწერილობითი, ისე ასოციაციური ანალიზი.

ხარისხობრივი კომპონენტი

ხარისხობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფები და სიღრმისეული ინტერვიუები.

- **ფოკუს ჯგუფები**

— სულ 4 ფოკუს ჯგუფი ჩატარდა 25–70 წლის ქალებთან შემდეგ მუნიციპალიტეტებში:

- ბათუმი (ურბანული, მაღალი ხელმისაწვდომობა),
- ზუგდიდი (სოფლის, მაღალი ხელმისაწვდომობა),
- ახალციხე (ეთნიკური უმცირესობები, დაბალი ხელმისაწვდომობა),
- გურჯაანი (სოფლის, საშუალო ხელმისაწვდომობა).

— 1 ფოკუს ჯგუფი გურჯაანში ჩატარდა სკრინინგის სერვისების მიმწოდებლებთან.

- **სიღრმისეული ინტერვიუები**

— სულ 3 ინტერვიუ ჩატარდა სკრინინგის სერვისების მიმწოდებლებთან იმავე მუნიციპალიტეტებში. მათი მიზანი იყო სისტემური და ორგანიზაციული გამოწვევების გამოვლენა, რომლებიც გავლენას ახდენენ სერვისებზე წვდომასა და მათი ეფექტიანობის ხარისხზე.

აღნიშნული მუნიციპალიტეტების შერჩევა ეფუძნებოდა გეოგრაფიული, სოციალური და კულტურული მრავალფეროვნების უზრუნველყოფის პრინციპს, რათა სხვადასხვა კონტექსტში არსებულ ბარიერებსა და საჭიროებებს მიეღო შესაბამისი ასახვა (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. ხარისხობრივი კვლევის სამიზნე მუნიციპალიტეტების შერჩევის კრიტერიუმები და დასაბუთება

მუნიციპალიტეტი	რეგიონი	რეგიონული წარმომადგენლობა	მოსახლეობის რაოდენობა ¹	ურბანული/სასოფლო (%)	ეთნიკური უმცირესობის წილი	სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ²	სხვა მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები	შერჩევის მოკლე დასაბუთება
ბათუმი	აჭარა (დასავლეთ საქართველო)	ურბანული სანაპირო ცენტრი	~173,700	ურბანული ~100%	დაბალი	მაღალი	რეგიონის ცენტრი, მაღალი მედია-დაფარვა	წარმომადგენს ურბანულ ეტალონს; საშუალებას იძლევა შედარება უკეთესად მომსახურებულ და მიუწვდომელ მუნიციპალიტეტებს შორის

¹ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მოსახლეობა და დემოგრაფია-

<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

² დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სკრინინგის მიმწოდებელი დაწესებულებების სია (03/06/2025) <https://ncdc.ge/#/pages/content/2723b212-7e92-4bb2-87f5-51e16f042b1b>

ზუგდიდი	სამეგრელო-ზემო სვანეთი (დასავლეთ საქართველო)	კონფლიქტის პირა და დევნილთა მოსახლეობით დატვირთული რეგიონი	~129,000	ურბანული ~35%, სასოფლო ~65%	საშუალო	საშუალო	დევნილი მოსახლეობის კონცენტრაცია, კონფლიქტის ზონის სიახლოვე	იძლევა მონაცემებს სერვისების მიღმა არსებული სისტემური ბარიერების და ინფორმაციული საჭიროებების შესახებ
ახალციხე	სამცხე-ჯავახეთი (სამხრეთ საქართველო)	ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული, საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტი	~39,500	ურბანული ~54%, სასოფლო ~46%	მაღალი (საყოველთაოა სომხურენოვანი მოსახლეობა)	დაბალი	უნიკალური კულტურული-ენობრივი კონტექსტი	მნიშვნელოვანი რეგიონია ნაკლებად ხელმისაწვდომი ეთნიკური ჯგუფების საჭიროებების და დამოკიდებულებების შესასწავლად

გურჯაანი	კახეთი (აღმოსავ ლეთ საქართვე ლო)	სასოფლო, აგრარული რეგიონი	~54,000	ურბანული ~33%, სასოფლო ~67%	დაბალი- საშუალო	საშუალო	ტრადიციუ ლი სასოფლო კონტექსტი	საშუალებას იძლევა განიხილოს გეოგრაფიული და ინფორმაციული ბარიერები სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის
----------	--	---------------------------------	---------	-----------------------------------	--------------------	---------	--	---

მონაცემთა შეგროვების და ტრანსკრიფტების მომზადების პროცედურები:

- რესპონდენტთა შერჩევა და მოწვევა განხორციელდა წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების შესაბამისად, ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლების ჩართულობით.
- ჩაწერა განხორციელდა წინასწარი ინფორმირებული თანხმობით: ყველა ინტერვიუ ჩაიწერა აუდიოფორმატში მონაწილეთა წერილობითი თანხმობის საფუძველზე.
- ინტერვიუების ჩანაწერები გადატანილი იქნა ტექსტურ ფორმატში **თემატური ანალიტიკური ტრანსკრიფციის მეთოდით**¹³, რომელიც გამიზნულია იმ ძირითადი შინაარსობრივი ბლოკების გამოყოფისთვის, რომლებიც კვლევის მიზნებთან და ქცევით ანალიზთან კორელაციაშია.

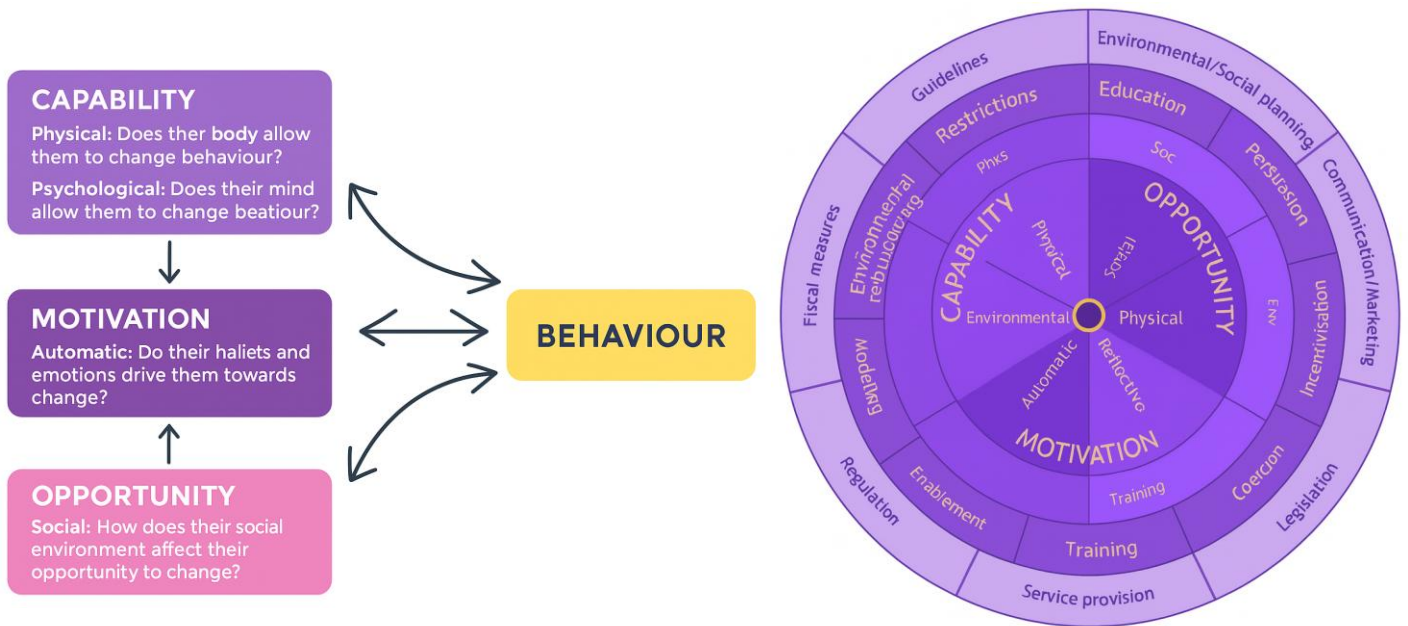
ტრანსკრიფციის პროცესში:

- თითოეული ინტერვიუ გაიხსნა **მონაწილის პროფესიული როლითა და ლოკაციით** (მაგ., „გინეკოლოგი, გურჯაანი“) შესაბამის კონტექსტში განსათავსებლად;
- აუდიომასალის საფუძველზე შერჩეული იქნა ძირითადი **მოსაზრებები, განმარტებები და მიგნებები**, რომლებიც დაეფუძნა წინასწარ განსაზღვრულ ქცევით კატეგორიებს (მაგ. ცოდნა, მოტივაცია, ორგანიზაციული ხელშეწყობა);
- საუბრის არარელევანტური ნაწილები (გაცდენილი თემები, არასამუშაო კომენტარები) გამოტოვებულ იქნა, თუმცა დაცული იყო აზრის ბუნებრივი სტრუქტურა და ინტერვიუს დინამიკა;
- **ანონიმიზაცია**: ტრანსკრიპტებში ამოღებულია სახელები, დაწესებულებები და სხვა პირადი ან იდენტიფიცირებადი ინფორმაცია.

ფოკუს ჯგუფებისა და ინტერვიუების ანალიზი განხორციელდა COM-B ჩარჩოს გამოყენებით — ეს მოდელი ეფუძნება მიდგომას, რომლის მიხედვითაც ქცევის ჩამოყალიბება დამოკიდებულია სამ ძირითად კომპონენტზე: კომპეტენციაზე (Capability), შესაძლებლობაზე (Opportunity) და მოტივაციაზე (Motivation)¹⁴. აღნიშნული ჩარჩოს გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა ქცევითი ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების სისტემური იდენტიფიცირება სწორედ ამ სამი განზომილების ჭრილში.

მიგნებების საპასუხოდ, **Behavioral Change Wheel (BCW)** მეთოდოლოგიით შემუშავდა რეკომენდაციები მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინტერვენციებზე. BCW ეფუძნება COM-B მოდელს და გვამღებს ჩარჩოს, რომლის მიხედვითაც ქცევის ცვლილებისთვის აუცილებელია უნარის (Capability), შესაძლებლობების (Opportunity) და მოტივაციის (Motivation) განმტკიცება. მეთოდოლოგია მოიცავს ინტერვენციების კატეგორიებს (განათლება, ტრენინგი, კომუნიკაცია, სერვისების ორგანიზება, ინცენტივები და სხვ.) და პოლიტიკის დონის მექანიზმებს, რომლებიც პასუხობს გამოვლენილ ბარიერებს. შესაბამისად, თითოეული ბარიერი – იქნება ეს ცოდნის ხარვეზი, შიში და სირცხვილი, ან სერვისებზე წვდომის პრობლემა – დაემთხვა შესაბამის ინტერვენციულ სტრატეგიას, რაც საშუალებას იძლევა რეკომენდაციები იყოს სისტემური, მიზნობრივი და პრაქტიკაში რეალიზებადი.

გრაფიკი 1. COM-B თეორიული ჩარჩო Behavioral Change Wheel (BCW)



ეთიკური ასპექტები

კვლევა წარდგენილი და განხილული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბიოეთიკის საბჭოში. ყველა მონაწილე დეტალურად გაეცნო კვლევის მიზნებსა და პირობებს და მონაწილეობა მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის შემდეგ განხორციელდა. მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზის პროცესში დაცული იქნა კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის პრინციპები.

რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

აღწერილობითი ანალიზი

- დემოგრაფიული მონაცემები

კვლევაში მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის 25-დან 70 წლამდე ქალი სამედიცინო პერსონალიდან ვინც თანხმობა განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე კითხვარი სრულად 553-მა რესპონდენტმა შეავსო, რომელთა საშუალო ასაკი 56 წელი იყო (დიაპაზონი 30-69, სტანდარტული გადახრა 8.045). რესპონდენტთა უმეტესობა (75%) მუშაობდა სოფლის ამბულატორიებში. მონაწილეთა ყველაზე დიდი წილი წარმოდგენილი იყო სამი რეგიონიდან: მ.შ. იმერეთი (18%), შიდა ქართლი (17%) და კახეთი (16%), პირველადი ჯანდაცვის სექტორში დასაქმების საშუალო გამოცდილება 23 წელი (დიაპაზონი 1-46 წელი, სტანდარტული გადახრა 9.721) იყო (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის კვლევის მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის სოციო დემოგრაფიული მონაცემები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
ასაკი	Mean*=56	Range**=30-69 SD*** = 8.045
25–34 წელი	5	0.9
35–44 წელი	21	3.8
45–54 წელი	203	36.7
55–70 წელი	324	58.6
დაწესებულების მდებარეობა	109	19.7
სოფელი	417	75.4
ნახევრად ურბანული/დაბა	27	4.9
ურბანული /ქალაქი	109	19.7
რეგიონი		
იმერეთი	99	17.9
შიდა ქართლი	93	16.8
კახეთი	87	15.7
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	55	9.9
თბილისი	48	8.7

გურია	47	8.5
ქვემო ქართლი	38	6.9
აჭარა	34	6.1
რაჭა-ლეჩხუმი	23	4.2
სამცხე-ჯავახეთი	18	3.3
მცხეთა-მთიანეთი	11	2.0
პირველად ჯანდაცვის სექტორში სამუშაო გამოცდილება	Mean*=23	Range**=1-46 SD*** = 9.721

* Mean - საშუალო არითმეტიკული

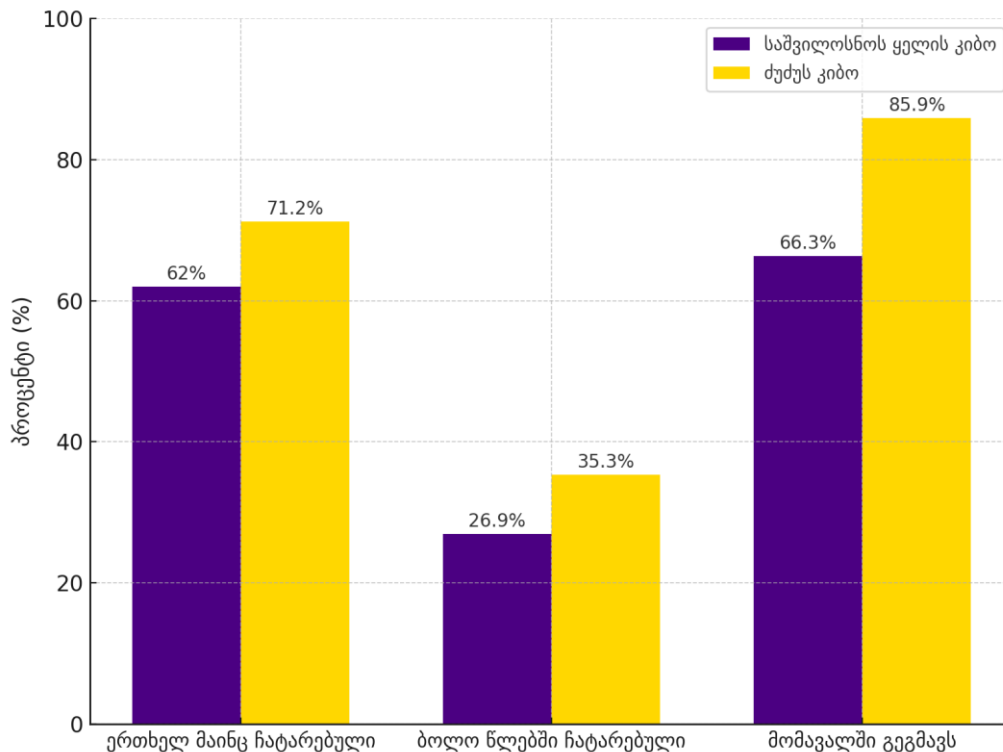
** Range - დიაპაზონი

*** SD - სტანდარტული გადახრა

- **სამედიცინო პერსონალის კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა**

რესპონდენტთა 62%-ის განცხადებით ერთხელ მაინც ჩატარებული აქვს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, 26.9%-მა სკრინინგი ბოლო 0–3 წლის განმავლობაში ჩაიტარა, 11.4%-მა — 4–5 წლის წინ, ხოლო 21.7%-ს სკრინინგის ჩატარებიდან ხუთ წელზე მეტი ხანი ჰქონდა გასული. 16.8%-მა აღნიშნა, რომ მიუხედავად მიღებული მოწვევისა, სკრინინგი არ ჩაუტარებია. 15.6%-მა განაცხადა, რომ არასოდეს მიუღია მოწვევა და შესაბამისად არც სკრინინგში მიუღია მონაწილეობა. მცირე ნაწილმა, 4%-მა, ვერ გაიხსენა სკრინინგის გამოცდილება, ხოლო 3.6%-მა პასუხისგან თავის შეკავება არჩია (ცხრილი 3) (გრაფიკი 2).

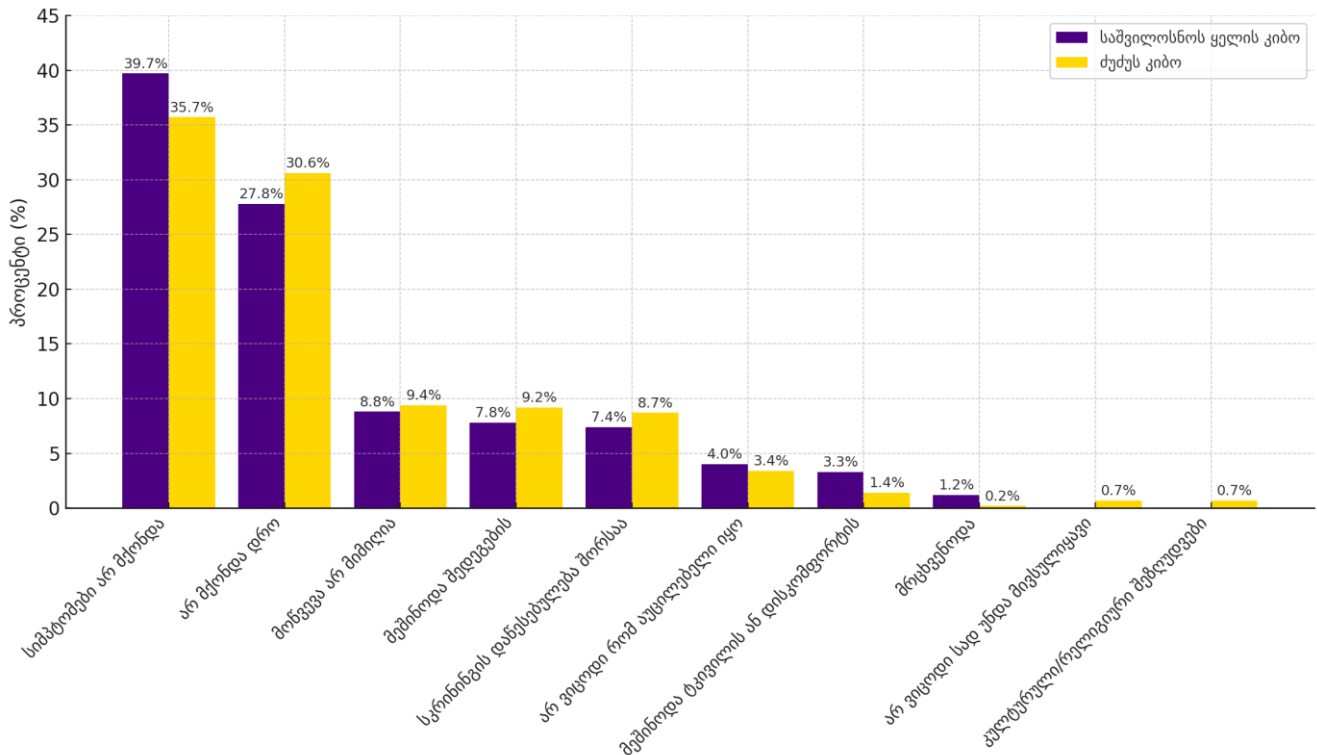
გრაფიკი 2. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევის შედარება



კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპონდენტთა 48.8% მომავალში აუცილებლად გეგმავს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას, ხოლო 17.5%-მა განაცხადა რომ შესაძლოა ცაიტაროს. უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მონაწილეთა 9.2%-მა, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ „აღბათ არ“ მიირებენ მონაწილეობას, და 3.6%-მა, რომლებმაც თქვეს, რომ „ნამდვილად არ“ აპირებენ მონაწილეობას. 14.8%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგის სამიზნე ჯგუფს არ ეკუთვნის. დამატებით, 3.6% არ იყო დარწმუნებული საკუთარ გადაწყვეტილებაში, ხოლო 2.4%-მა პასუხისგან თავი შეიკავა.

შეკითხვაზე თუ რა მიზეზით არ მიუღიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობა ყველაზე ხშირი პასუხი იყო სიმპტომების არქონა, რასაც რესპონდენტთა 39.7% ასახელებდა. 27.8%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგისთვის დრო ვერ გამოიყვანა, ხოლო 8.8%-მა — მოწვევა საერთოდ არ მიუღია. სკრინინგზე არმისვლის მიზეზად 7.8%-მა შედეგების შიში დაასახელა, 7.4%-მა კი აღნიშნა, რომ სკრინინგის დაწესებულება ძალიან შორს მდებარეობდა. დამატებით, 4%-მა არ იცოდა, რომ სკრინინგი აუცილებელი იყო, 3.3%-ს ტკივილის ან დისკომფორტის ემინოდა, ხოლო 1.2%-მა მიზეზად სირცხვილი დაასახელა (გრაფიკი 3).

გრაფიკი 3. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევის ბარიერების შედარება



რესპონდენტთა უმრავლესობას (71.2%) ოდესმე ჩაუტარებია ძუძუს კიბოს სკრინინგი, 27.1%-ს კი არასოდეს მიუღია მონაწილეობა. მცირე ნაწილმა აღნიშნა, რომ სკრინინგის სამიზნე ჯგუფს არ ეკუთვნის (0.7%) ან პასუხისგან თავი შეიკავა (0.9%). ბოლო სკრინინგის ჩატარების ვადებთან დაკავშირებით, 35.3%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგი ბოლო 0–2 წლის განმავლობაში ჩაიტარა, 16.3%-მა — 3–5 წლის წინ, ხოლო 17.7%-მა — ხუთ წელზე მეტი ხნის წინ. 11.9%-მა თქვა, რომ მიუხედავად მოწვევისა, სკრინინგში მონაწილეობა არ მიუღია, ხოლო 11.4%-მა აღნიშნა, რომ მოწვევა საერთოდ არ მიუღია და შესაბამისად არასოდეს ჩაუტარებია სკრინინგი. მცირე ნაწილმა (3.8%) ვერ გაიხსენა სკრინინგის ჩატარების დრო, ხოლო 3.6%-მა პასუხისგან თავი შეიკავა.

რესპონდენტთა უმრავლესობა (66.4%) მომავალში აუცილებლად გეგმავს ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას, ხოლო 19.5%-მა განაცხადა რომ შესაძლოა მიიღოს მონაწილეობა. ნეგატიური განწყობა გამოხატა მცირე ნაწილმა: 6.1%-მა განაცხადა, რომ „აღბათ არ“ ჩაერთვებოდა, და 0.2%-მა — რომ „ნამდვილად არ“ გეგმავს. 3.3%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგის სამიზნე ჯგუფს არ ეკუთვნის, 2.9% საკუთარ გადაწყვეტილებაში დარწმუნებული არ იყო, ხოლო 1.6%-მა პასუხისგან თავი შეიკავა.

შეკითხვაზე თუ რა მიზეზით არ მიუღიათ ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობა ყველაზე ხშირი პასუხი იყო სიმპტომების არქონა, რასაც რესპონდენტთა 35.7% ასახელებდა. 30.6%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგისთვის დრო ვერ გამოიყენა, ხოლო 9.4%-მა თქვა, რომ მოწვევა საერთოდ არ მიუღია. შედეგების შიში მიზეზად დაასახელა 9.2%-მა, სკრინინგის დაწესებულების დამორება — 8.7%-მა. 3.4%-მა არ იცოდა სკრინინგის აუცილებლობის შესახებ, 1.4%-ს ტკივილის ან დისკომფორტის ეშინოდა, 0.7%-მა არ იცოდა სად უნდა მიემართა, ხოლო კიდევ 0.7%-მა კულტურულ ან რელიგიურ შეზღუდვებს მიუთითა. მცირე ნაწილმა (0.2%) მიზეზად სირცხვილი დაასახელა.

ცხრილი 3. ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის კვლევის მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის საშვილოსნოს და ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევის მონაცემები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
ჩაგიტარდათ თუ არა ოდესმე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (პაპ-ტესტი ან HPV ტესტი)?		
დიახ	342	61.8
არა	184	33.3
არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს	8	1.4
არ მსურს პასუხი	19	3.4
როდის ჩაიტარეთ ბოლოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი?		
ბოლო 0-3 წლის განმავლობაში	149	26.9
4-5 წლის წინ	63	11.4
5 წელზე მეტი ხნის წინ	120	21.7
არასოდეს ჩაგიტარებია სკრინინგი მიუხედავად იმისა რომ მივიღე მოწვევა	93	16.8
მოწვევა არ მიმიღია და არც არასდროს დავსკრინულვარ	86	15.6
არ მახსოვს	22	4.0
არ მსურს პასუხი	20	3.6
გეგმავთ თუ არა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას მომავალში?		
დიახ, აუცილებლად	270	48.8
დიახ, ალბათ	97	17.5
არა, ალბათ არა	51	9.2
არა, ნამდვილად არა	20	3.6
არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს	82	14.8
არ ვარ დარწმუნებული	20	3.6
არ მსურს პასუხი	13	2.4
თუ არასოდეს ჩაგიტარებიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ან არ მიხვედით თქვენს ბოლო სკრინინგზე, მიუთითეთ მიზეზი		
სიმპტომები არ მქონდა	167	39.7
არ მქონდა დრო	117	27.8

მოწვევა არ მიმიღია	37	8.8
მეშინოდა შედეგების	33	7.8
სკრინინგის დაწესებულება შორსაა	31	7.4
არ ვიცოდი რომ აუცილებელი იყო	17	4.0
მეშინოდა ტკივილის ან დისკომფორტის	14	3.3
მრცხვენოდა	5	1.2
ჩაგიტარდათ თუ არა ოდესმე ძუძუს კიბოს სკრინინგი?		
დიახ	394	71.2
არა	150	27.1
არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს	4	0.7
არ მსურს პასუხი	5	0.9
როდის ჩაიტარეთ ბოლოს ძუძუს კიბოს სკრინინგი?		
ბოლო 0-2 წლის განმავლობაში	195	35.3
3-5 წლის წინ	90	16.3
5 წელზე მეტი ხნის წინ	98	17.7
არასოდეს ჩაგიტარებია სკრინინგი მიუხედავად იმისა რომ მივიღე მოწვევა	66	11.9
მოწვევა არ მიმიღია და არც არასდროს დავსკრინულვარ	63	11.4
არ მახსოვს	21	3.8
არ მსურს პასუხი	20	3.6
ბოლო 0-2 წლის განმავლობაში	195	35.3
3-5 წლის წინ	90	16.3
გეგმავთ თუ არა ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას მომავალში?		
დიახ, აუცილებლად	367	66.4
დიახ, ალბათ	108	19.5
არა, ალბათ არა	34	6.1
არა, ნამდვილად არა	1	0.2
არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს	18	3.3
არ ვარ დარწმუნებული	16	2.9
არ მსურს პასუხი	9	1.6

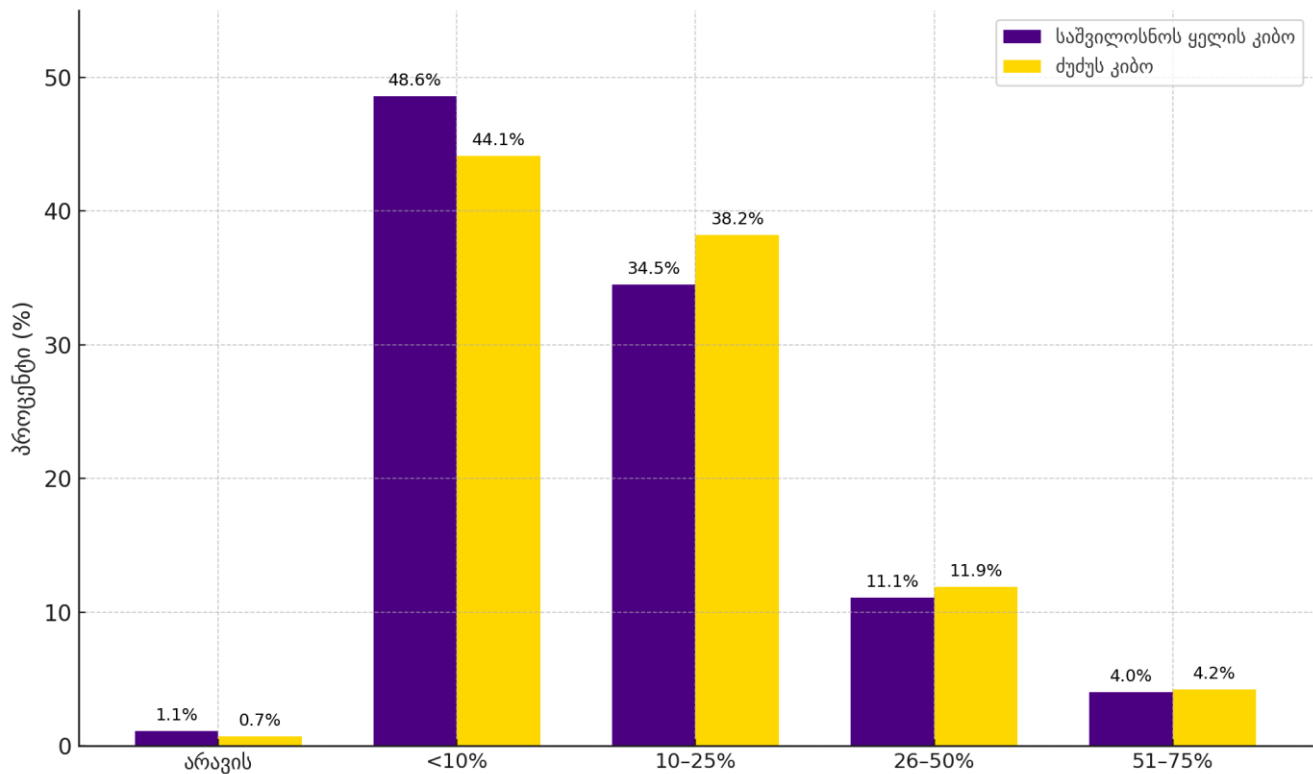
თუ არასოდეს ჩაგიტარებიათ ძუძუს კიბოს სკრინინგი ან არ მიხვედით თქვენს ბოლო სკრინინგზე, მიუთითეთ მიზეზი		
სიმპტომები არ მქონდა	148	35.7
არ მქონდა დრო	127	30.6
მოწვევა არ მიმიღია	39	9.4
მეშინოდა შედეგების	38	9.2
სკრინინგის დაწესებულება შორსაა	36	8.7
არ ვიცოდი რომ აუცილებელი იყო	14	3.4
მეშინოდა ტკივილის ან დისკომფორტის	6	1.4
არ ვიცოდი სად უნდა მივსულიყავი	3	0.7
მქონდა კულტურული ან რელიგიური შეზღუდვები	3	0.7
მრცხვენოდა	1	0.2

- პაციენტების კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა, მედპერსონალის შეხედულებით

პირველადი ჯანდაცვის ექიმების შეფასებით, მათი პაციენტების შორის ძუძუს კიბოს სკრინინგის (მამოგრაფია ან კლინიკური გამოკვლევა) მოცვის მაჩვენებელი დაბალია: 44.1%-ის აზრით, სკრინინგი ჩატარებული აქვს პაციენტთა 10%-ზე ნაკლებს, 38.2%-ის აზრით — 10–25%-ს, ხოლო მხოლოდ 11.9% თვლის, რომ ეს მაჩვენებელი 26–50%-ის ფარგლებშია. მცირე წილმა (4.2%) მიიჩნია, რომ სკრინინგში მონაწილეობს 51–75%, და 0.7%-ის აზრით — საერთოდ არავის აქვს ჩატარებული (ცხრილი 4).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის (პაპ ტესტი/აპვ ტესტი) მოცვასთან დაკავშირებით სურათი მსგავსია: 48.6% მიიჩნევს, რომ სკრინინგში ჩართულია პაციენტთა 10%-ზე ნაკლები, 34.5% — 10–25%, ხოლო 11.1% — 26–50%. მხოლოდ 4%-ის შეფასებით ეს მაჩვენებელი 51–75%-ს შეადგენს, და 1.1% თვლის, რომ პაციენტებს საერთოდ არ უტარდებათ სკრინინგი (გრაფიკი 4).

გრაფიკი 4. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლები მედპერსონალის მოსაზრებით

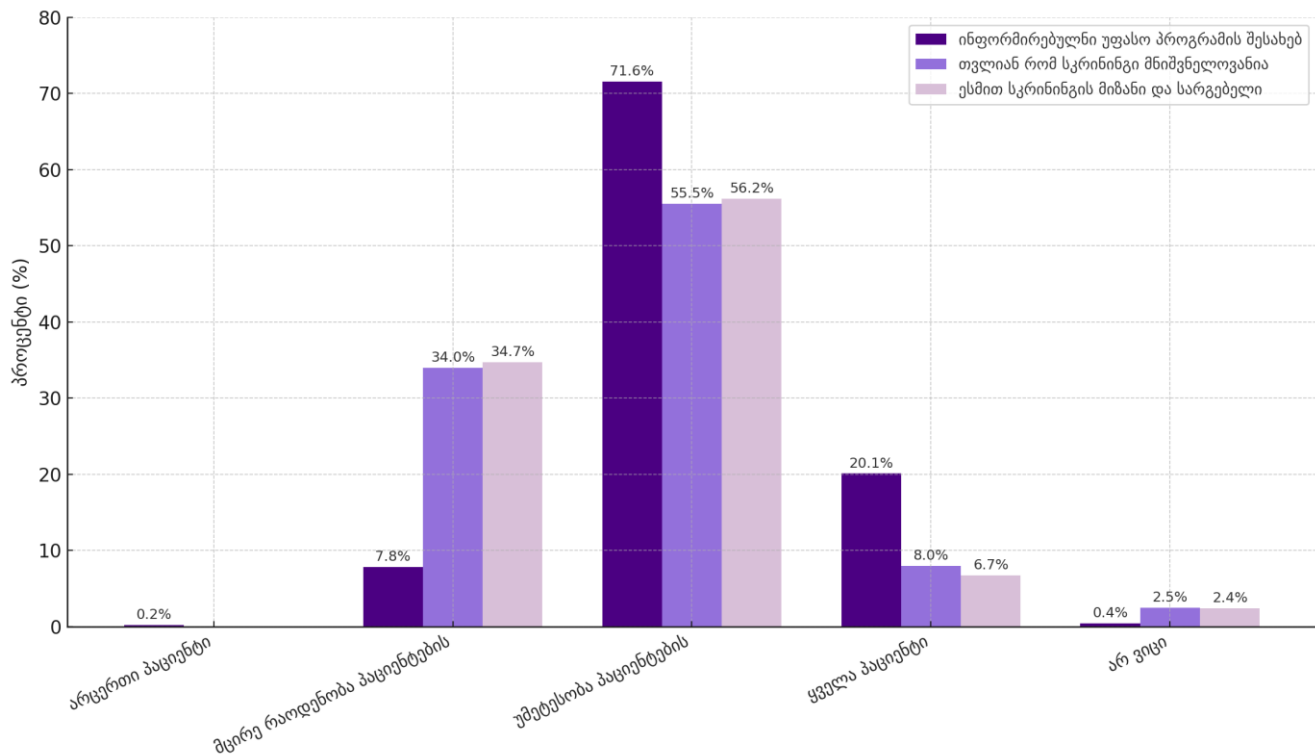


კვლევაში მონაწილე მედპერსონალის თქმით, მათი პაციენტების უმეტესობა ინფორმირებულია კიბოს სკრინინგის უფასო სახელმწიფო პროგრამის შესახებ: 71.6% აღნიშნავს, რომ ინფორმირებულია უმრავლესობა, 20.1% — ყველა პაციენტი. მცირე რაოდენობის ინფორმირებულობაზე მიუთითებს 7.8%, ხოლო 0.2%-ის აზრით არცერთი პაციენტი არ არის ინფორმირებული. 0.4%-მა პასუხი ვერ გასცა (გრაფიკი 5).

რაც შეეხება სკრინინგის მნიშვნელობაზე დამოკიდებულებას, 55.5%-ის შეფასებით, უმეტესობა პაციენტებისა სკრინინგს მნიშვნელოვნად მიიჩნევს, 34% კი ფიქრობს, რომ ასე მხოლოდ მცირე რაოდენობა თვლის. ყველა პაციენტის პოზიტიური დამოკიდებულება დააფიქსირა 8%-მა, ხოლო 2.5% ამბობს, რომ ამის შესახებ ინფორმაცია არ აქვს.

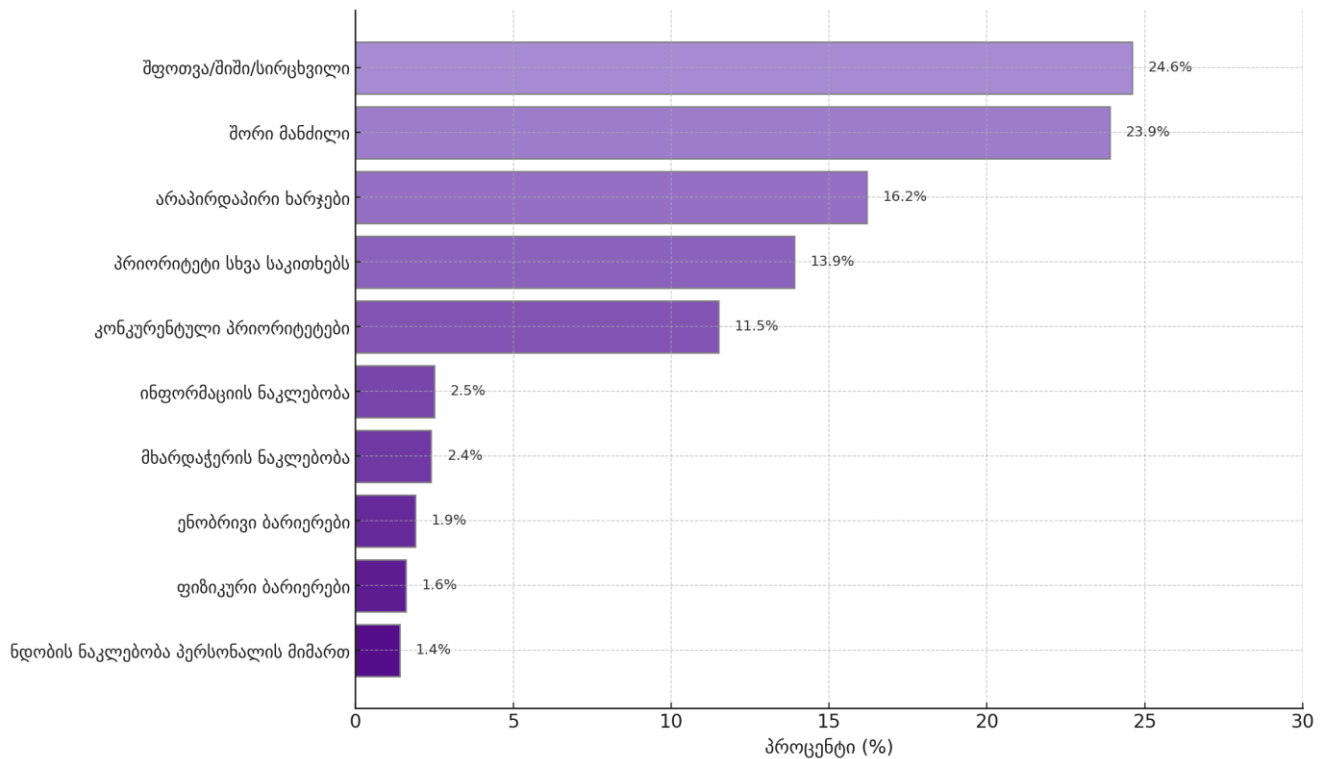
სკრინინგის მიზნისა და სარგებლის გაგების კუთხით, 56.2%-ის აზრით, პაციენტთა უმრავლესობას კარგად ესმის ამ პროცესის არსი, 34.7%-ის შეფასებით — მხოლოდ მცირე ნაწილს, ხოლო 6.7% ფიქრობს, რომ ეს კარგად ესმის ყველა პაციენტს. 2.4%-მა პასუხი ვერ გასცა.

გრაფიკი 5. ტუბუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ მოსახლეობის ცოდნისა და აღქმის დონე მედპერსონალის მოსაზრებით



მედპერსონალის შეფასებით, პაციენტები სკრინინგში მონაწილეობაზე უარს აცხადებენ ან თავს იკავებენ სხვადასხვა მიზეზის გამო. ყველაზე ხშირად აღინიშნა ემოციური ბარიერები — შფოთვა, შიში ან სირცხვილი სკრინინგის პროცედურისა თუ დიაგნოზის გამო (24.6%). მნიშვნელოვანი მიზეზია ასევე დაწესებულებამდე შორი მანძილი (23.9%) და არაპირდაპირი ხარჯები, როგორიცაა მგზავრობის ღირებულება (16.2%). 13.9%-ის თქმით, პაციენტები პრიორიტეტს ანიჭებენ სხვა ჯანმრთელობის საკითხებს, ხოლო 11.5%-ის შეფასებით, მათ მონაწილეობას ხელს უშლის კონკურენტული პასუხისმგებლობები, როგორიცაა ოჯახის წევრებზე ზრუნვა ან სამუშაო. დამატებით, 2.5%-მა დაბალი ინფორმირებულობა დაასახელა იმის შესახებ, როდის ან სად უნდა ჩატარდეს სკრინინგი, 2.4%-მა — ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხრიდან მხარდაჭერის ნაკლებობა. შედარებით მცირე ჯგუფმა მიზეზად მიუთითა ენობრივი ბარიერები (1.9%), ფიზიკური შეზღუდვები, როგორიცაა ინვალიდობა (1.6%), და სამედიცინო პერსონალისადმი ან სკრინინგის მომწოდებლებისადმი უნდობლობა (1.4%) (გრაფიკი 6).

გრაფიკი 6. ბუბუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ბარიერები მოსახლეობაში მედპერსონალის მოსაზრებით



ცხრილი 4. პაციენტების კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის ქცევა და ბარიერები, მედპერსონალის შეხედულებით, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

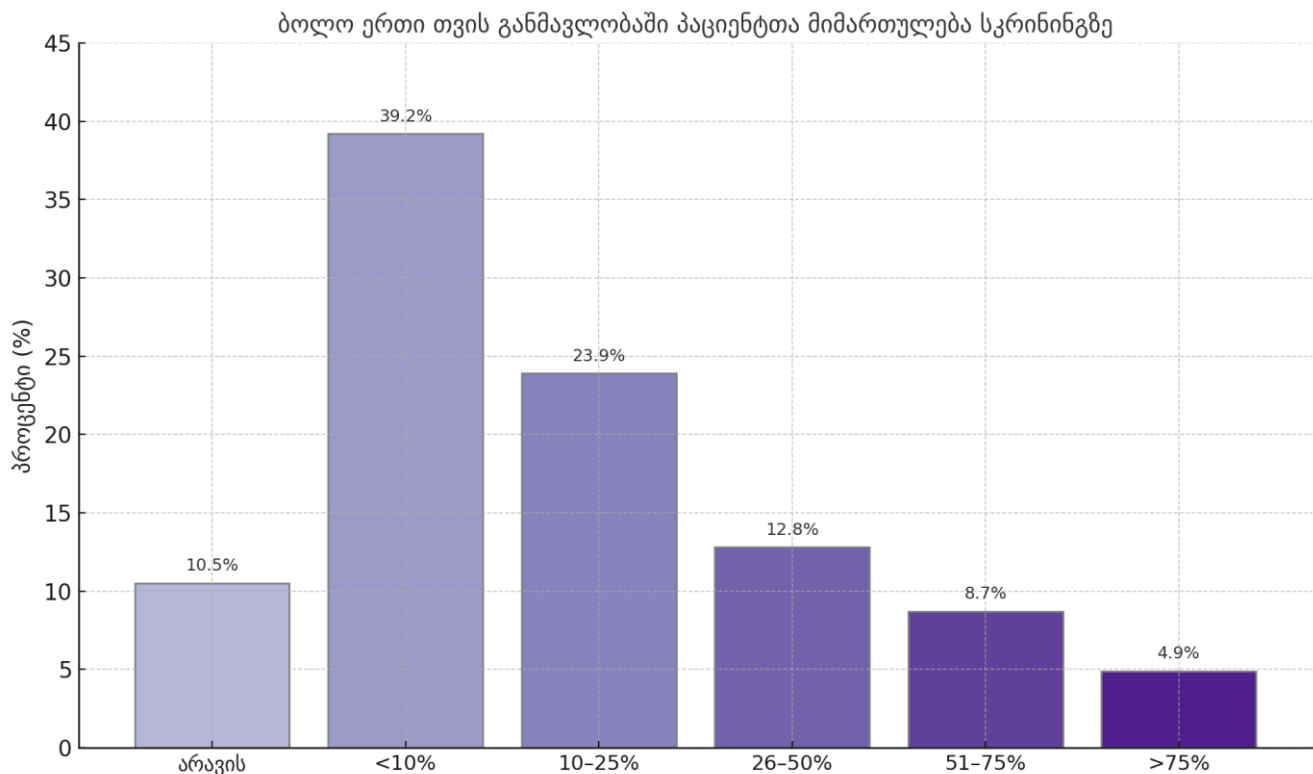
მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
თქვენი აზრით, სკრინინგის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი თქვენი პაციენტების რამდენ %-ს აქვს ჩატარებული ძუძუს კიბოს სკრინინგი (მამოგრაფია / კლინიკური გამოკვლევა)		
არავის	4	0.7
10% -ზე ნაკლებს	244	44.1
10 - 25%	211	38.2
26–50%	66	11.9
51–75%	23	4.2
თქვენი აზრით, სკრინინგის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი თქვენი პაციენტების რამდენ %-ს აქვს ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (პაპ/აპვ ტესტი)?		
არავის	6	1.1
10% -ზე ნაკლებს	268	48.6
10 - 25%	190	34.5
26–50%	61	11.1
51–75%	22	4.0

ჩემი პაციენტები ინფორმირებული არიან კიბოს სკრინინგის უფასო სახელმწიფო პროგრამის შესახებ?		
არცერთი პაციენტი	1	.2
მცირე რაოდენობა პაციენტების	43	7.8
უმეტესობა პაციენტების	396	71.6
ყველა პაციენტი	111	20.1
არ ვიცი	2	.4
ჩემი პაციენტები თვლიან, რომ სკრინინგი მნიშვნელოვანია მათი ჯანმრთელობისათვის.		
მცირე რაოდენობა პაციენტების	188	34.0
უმეტესობა პაციენტების	307	55.5
ყველა პაციენტი	44	8.0
არ ვიცი	14	2.5
ჩემი პაციენტებს კარგად ესმით, რომ სკრინინგის მიზანი და სარგებელი?		
მცირე რაოდენობა პაციენტების	192	34.7
უმეტესობა პაციენტების	311	56.2
ყველა პაციენტი	37	6.7
არ ვიცი	13	2.4
ჩემი პაციენტები უარს აცხადებენ ან თავს იკავებენ ჩაიტარონ სკრინინგი შემდგომი მიზეზით:		
ჩემი პაციენტები გრძნობენ შფოთვის, შიშს ან სირცხვილს სკრინინგის პროცედურის ან დიაგნოზის გამო.	212	24.6
შორი მანძილი	206	23.9
არახელმისაწვდომი არაპირდაპირი ხარჯები (მოგზაურობის ღირებულება,	140	16.2
ჩემი პაციენტები პრიორიტეტს ანიჭებენ ჯანმრთელობის სხვა საკითხებს, ვიდრე პრევენც	120	13.9
კონკურენტული პრიორიტეტები (მაგ., ოჯახის წევრებზე ზრუნვა, სამსახური, სხვ.)	99	11.5
დაბალი ხელმისაწვდომობა ინფორმაციაზე როდის ან სად უნდა ჩაიტარონ სკრინინგი	22	2.5
ოჯახის წევრების ან მეგობრებისგან მხარდაჭერის	21	2.4
ენობრივი ბარიერები	16	1.9
ფიზიკური ბარიერები (მაგ. ინვალიდობა)	14	1.6
ჩემი პაციენტები არ ენდობიან სამედიცინო პერსონალს, სკრინინგის პროვაიდერ სამედიცინო	12	1.4

- პირველადი ჯანდაცვის სექტორში კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობისა და ხელშეწყობის პრაქტიკა

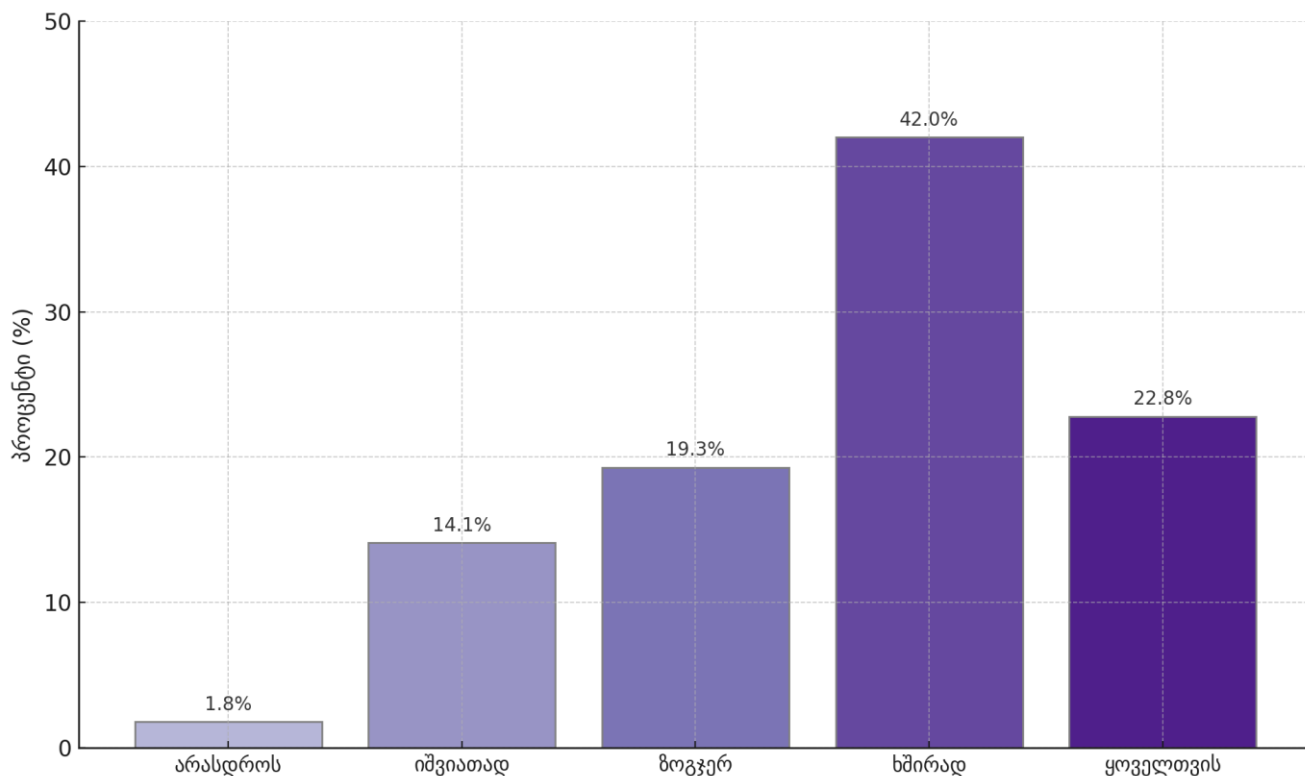
ბოლო ერთი თვის განმავლობაში სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფში მყოფ პაციენტთა მიმართ რეკომენდაციის, გადამისამართების ან რეგისტრაციის პრაქტიკა პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალს შორის მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა. 39.2%-მა აღნიშნა, რომ ეს ქმედება მათი პაციენტების 10%-ზე ნაკლებთან განახორციელეს, 23.9%-მა — 10–25%-თან, ხოლო 12.8%-მა — 26–50%-თან. შედარებით მცირე ჯგუფმა აღნიშნა, რომ ასეთი რჩევა ან რეგისტრაცია მიეცა პაციენტთა 51–75%-ს (8.7%) ან 75%-ზე მეტს (4.9%). მხოლოდ 10.5%-მა განაცხადა, რომ საერთოდ არ მიუცია რეკომენდაცია ან გადამისამართება (ცხრილი 5) (გრაფიკი 7).

გრაფიკი 7. ბოლო ერთი თვის განმავლობაში სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფში მყოფ პაციენტთა მიმართ რეკომენდაციის, გადამისამართების ან რეგისტრაციის პრაქტიკა



რესპონდენტთა განცადებით, რეკომენდაციის ან რეგისტრაციის შემდეგ, პაციენტისთვის სკრინინგის ჩატარებისა და შედეგის მიღების კონტროლი უმეტესწილად ხდებოდა „ხშირად“ (42%) ან „ყოველთვის“ (22.8%). 19.3%-მა ეს ქმედება „ზოგჯერ“ ახსენა, 14.1%-მა — „იშვიათად“, ხოლო 1.8%-მა აღნიშნა, რომ არასდროს განუხორციელებია კონტროლი (გრაფიკი 8).

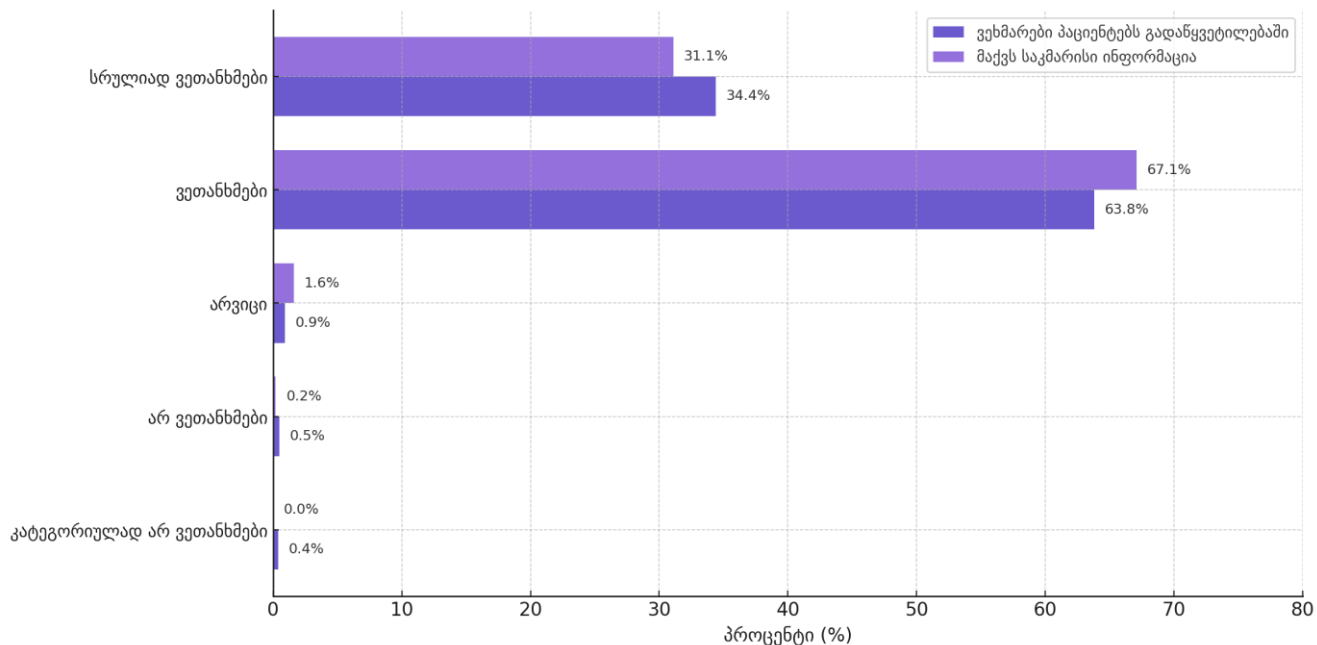
გრაფიკი 8. პჯდ მედპერსონალის მიერ პაციენტისთვის სკრინინგის ჩატარებისა და შედეგის მიღების კონტროლის პრაქტიკა



პაციენტთა ინფორმირებულ გადაწყვეტილებაში დახმარება პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალის უმეტესობისთვის სამუშაოს განუყოფელ ნაწილად ითვლება: 63.8% ეთანხმება და 34.4% სრულიად ეთანხმება ამ მიდგომას, მაშინ როცა მხოლოდ 0.9%-მა ვერ გასცა გარკვეული პასუხი და უმნიშვნელო წილმა (0.9%) თქვა, რომ არ ეთანხმება ან კატეგორიულად არ ეთანხმება.

რაც შეეხება საკუთარი კომპეტენციის თვითშეფასებას, 67.1% ფიქრობს, რომ აქვს საჭირო ინფორმაცია პაციენტების ინფორმირებულ გადაწყვეტილებაში დასახმარებლად, 31.1% კი სრულიად დარწმუნებულია ამაში. გაურკვევლობა გამოიხატა 1.6%-ში, უარყოფითი პასუხი — მხოლოდ 0.2%-ში (გრაფიკი 9).

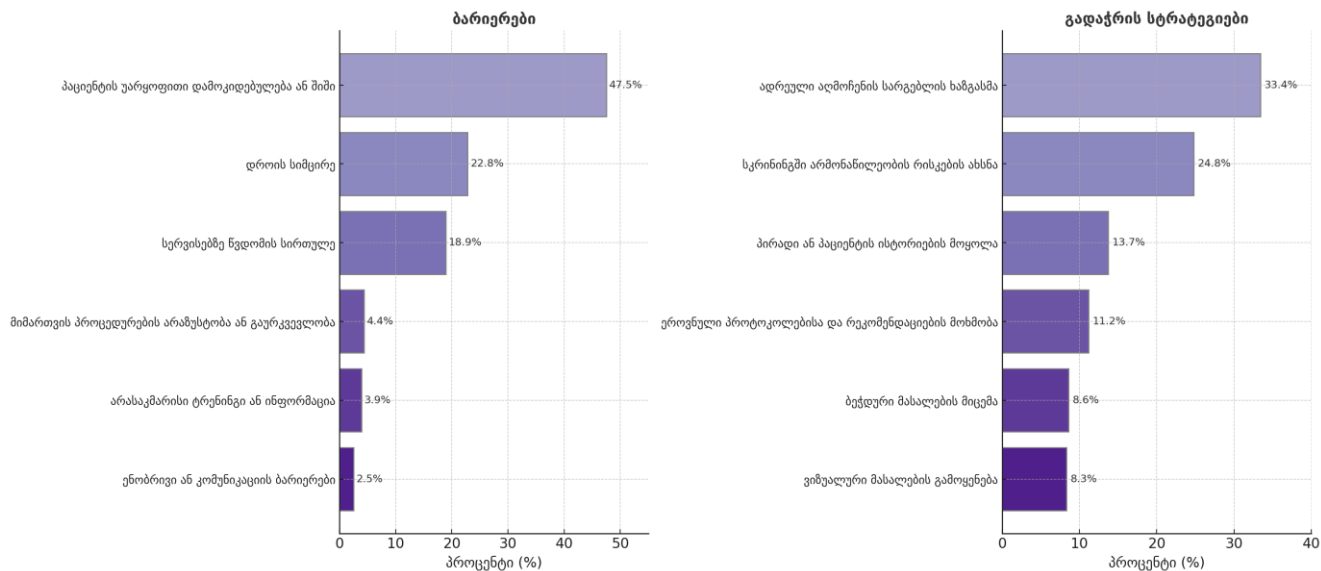
გრაფიკი 9. პჯდ მედპერსონალის მოსაზრება კიბოს სკრინინგში მათ როლსა და კომპეტენციებზე



ტრენინგის გამოცდილება, თუ როგორ უნდა ურჩიონ პაციენტებს სკრინინგის ჩატარება და განუმარტონ სარგებელი თუ რისკები, უმეტესობას „ზოგჯერ“ ჰქონია (75%), 12.8%-ს — „იშვიათად“, ხოლო 11.8%-ს — „ხშირად“. მხოლოდ 0.4%-მა აღნიშნა, რომ ასეთი ტრენინგი არასდროს გაუვლია.

პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალის შეფასებით, პაციენტებისთვის სკრინინგის რეკომენდაციის ან მიმართვის გაცემის პროცესში ყველაზე ხშირ ბარიერს პაციენტთა უარყოფითი დამოკიდებულება ან შიში წარმოადგენს (47.5%). მნიშვნელოვანი გამოწვევებია ასევე დროის სიმცირე (22.8%) და სერვისებზე წვდომის სირთულე (18.9%). შედარებით ნაკლებად, თუმცა მაინც არსებით პრობლემას წარმოადგენს მიმართვის პროცედურების არაზუსტობა ან გაურკვეველობა (4.4%), არასაკმარისი ტრენინგი ან ინფორმაცია (3.9%), აგრეთვე ენობრივი ან კომუნიკაციის ბარიერები (2.5%) (გრაფიკი 10).

გრაფიკი 10. პჯდ მედპერსონალის მიერ პაციენტთა კიბოს სკრინინგზე გადამისამართების ბარიერები და სტრატეგიები



პაციენტთა მოტივაციისთვის სკრინინგში ჩასართავად მედპერსონალი კომუნიკაციის სხვადასხვა სტრატეგიას იყენებს. ყველაზე ხშირად ხაზგასმულია სკრინინგის შედეგად ადრეული აღმოჩენის სარგებელი (33.4%) და სკრინინგში არმონაწილეობის შესაძლო რისკების ახსნა (24.8%). ასევე გამოიყენება პირადი ან პაციენტის ისტორიების მოყოლა (13.7%), ეროვნული პროტოკოლებისა და რეკომენდაციების მოხმობა (11.2%), ბეჭდური საინფორმაციო მასალების მიწოდება (8.6%) და ვიზუალური მასალების გამოყენება (8.3%).

ცხრილი 5. პირველადი ჯანდაცვის სექტორში კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის პრაქტიკა, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
ბოლო ერთი თვის განმავლობაში, თქვენი სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფში მყოფი პაციენტებიდან დაახლოებით რა წილს ურჩიეთ ან გადაამისამრთეთ ან დაარეგისტრირეთ მუშუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე?		
არავის	58	10.5
10% -ზე ნაკლებს	217	39.2
10%-25%	132	23.9
26%-50%	71	12.8
51%-75%	48	8.7
75%-ზე მეტს	27	4.9
პაციენტის სკრინინგზე რჩევის ან გადაამისამრთების ან დაარეგისტრირების შემდეგ, რამდენად ხშირად აკონტროლებთ, ჩაუტარდა თუ არა სკრინინგი და მიიღო თუ არა შედეგები?		
არასდროს	10	1.8
იშვიათად	78	14.1

ზოგჯერ	107	19.3
ხშირად	232	42.0
ყოველთვის	126	22.8
ჩემი სამუშაოს ნაწილია დავებმარო ადამიანებს მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილება ჩაიტარონ კიბოს სკრინინგი		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	2	0.4
არ ვეთანხმები	3	0.5
არვიცი	5	0.9
ვეთანხმები	353	63.8
სრულიად ვეთანხმები	190	34.4
ვფიქრობ, რომ მაქვს საჭირო ინფორმაცია, რომ დავებმარო ადამიანებს ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში ჩაიტარონ		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	0	0
არ ვეთანხმები	1	.2
არვიცი	9	1.6
ვეთანხმები	371	67.1
სრულიად ვეთანხმები	172	31.1
ჩამიტარდა ტრენინგი, თუ როგორ ვურჩიო ადამიანებს სკრინინგის ჩატარება, ასევე სარგებელსა და რისკებზე.		
არასდროს	2	0.4
იშვიათად	71	12.8
ზოგჯერ	415	75.0
ხშირად	65	11.8
რა ძირითად ბარიერებს აწყდებით პაციენტებისთვის სკრინინგის რეკომენდაციის ან მიმართვის პროცესში?		
პაციენტის უარყოფითი დამოკიდებულება ან შიში	342	47.5
დროის სიმცირე	164	22.8
სერვისებზე წვდომის სირთულე	136	18.9
მიმართვის პროცედურების არაზუსტობა ან გაურკვევლობა	32	4.4
არასაკმარისი ტრენინგი ან ინფორმაცია	28	3.9
ენობრივი ან კომუნიკაციის ბარიერები	18	2.5
კომუნიკაციის რომელ სტრატეგიებს იყენებთ პაციენტთა მოტივაციისთვის სკრინინგში ჩასართავად?		

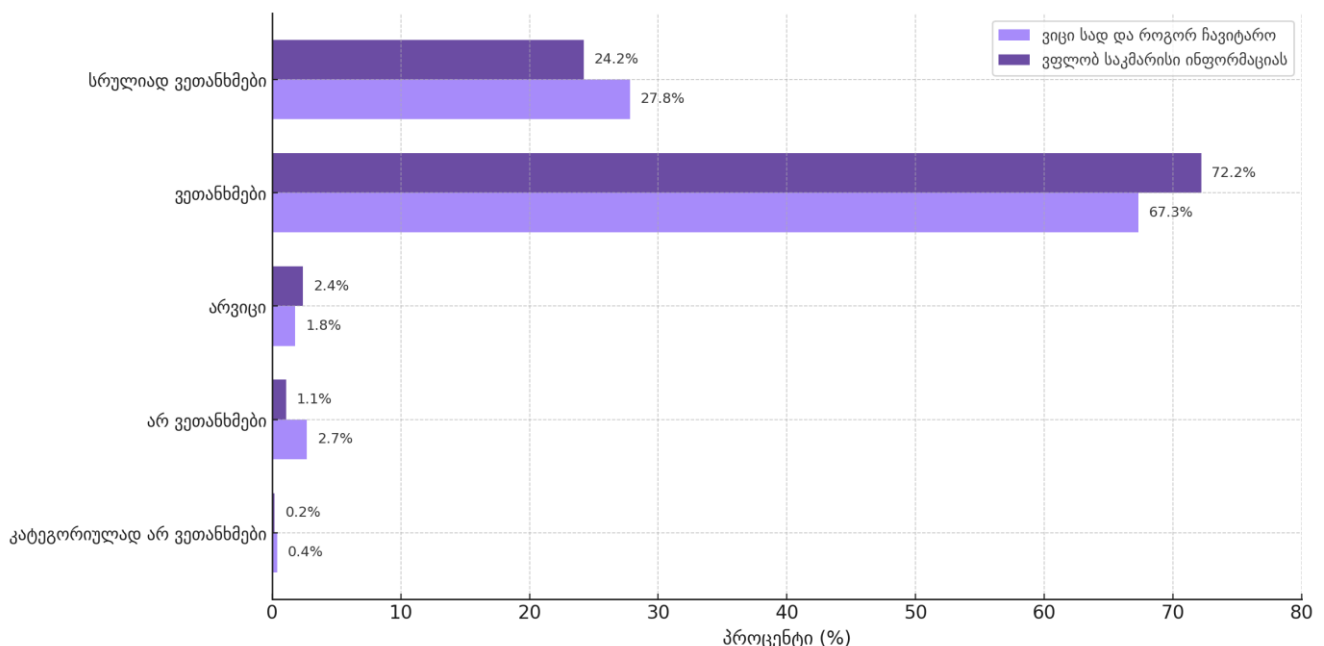
ადრეული აღმოჩენის სარგებლის ხაზგასმა	370	33.4
სკრინინგში არმონაწილეობის რისკების ახსნა	275	24.8
პირადი ან პაციენტის ისტორიების მოყოლა	152	13.7
ეროვნული პროტოკოლებისა და რეკომენდაციების მოხმობა	124	11.2
ბეჭდური მასალების მიცემა	95	8.6
ვიზუალური მასალების გამოყენება	92	8.3

- მედპერსონალის კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის უნარები (Capacity)

რესპონდენტთა უდიდესი ნაწილი კარგად არის ორიენტირებული სკრინინგის სერვისებზე: 67.3% ეთანხმება და 27.8% სრულიად ეთანხმება იმას, რომ თუ მოისურვებენ, იციან სად და როგორ უნდა ჩაიტარონ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი. მცირე ნაწილმა გამოხატა გაურკვევლობა (1.8%), ხოლო 2.7%-მა განაცხადა, რომ არ ეთანხმება და 0.4%-მა — კატეგორიულად არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას (ცხრილი 6).

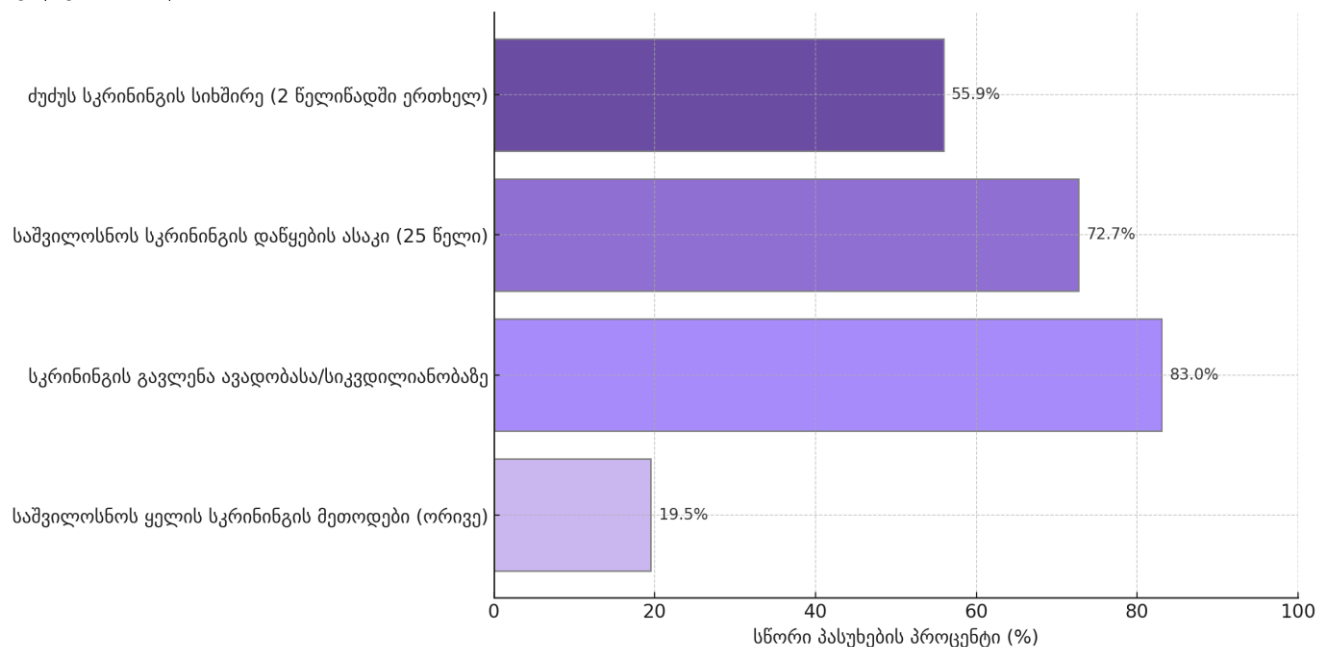
რაც შეეხება ინფორმირებულ გადაწყვეტილებაში მონაწილეობის შესაძლებლობას, 72.2% მიიჩნევს, რომ ფლობს საკმარის ინფორმაციას, ხოლო 24.2% სრულად დარწმუნებულია ამაში. გაურკვევლობა გამოიხატა 2.4%-ში, უარყოფით პოზიციას კი მხოლოდ მცირე წილი — 1.1% და 0.2% — გამოხატავს (გრაფიკი 11).

გრაფიკი 11. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ინფორმირებულობის დონე პჯდ მედპერსონალში.



საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მეთოდებთან დაკავშირებით, სწორ პასუხად მიიჩნევა როგორც პაპ ტესტის, ისე ადამიანის პაპილომავირუსის (აპვ) ტესტის გამოყენება. მიუხედავად ამისა, მხოლოდ 19.5%-მა დაასახელა ორივე მეთოდი ერთად, რაც მიუთითებს, რომ რესპონდენტთა მცირე ნაწილს აქვს სრულყოფილი ცოდნა ამ საკითხზე. უმრავლესობამ (68.2%) პაპ ტესტი სწორად დაასახელა, თუმცა აპვ ტესტი არ მიუთითა, რაც ცოდნის ნაწილობრივობაზე მიანიშნებს. ასევე, მცირე ჯგუფებმა (10%-ზე ნაკლებმა) სკრინინგის მეთოდად ულტრაბგერითი კვლევა დაასახელეს, რაც არასწორია და მიუთითებს გარკვეულ არასწორ წარმოდგენებზე (გრაფიკი 12).

გრაფიკი 12. ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამაზე ცოდნის დონე პჯდ მედპერსონალში.



სკრინინგის ეფექტიანობის კუთხით, რესპონდენტთა უმრავლესობამ (83%) სწორად დაასახელა, რომ ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და მსხვილი ნაწლავის (კოლორექტალური) კიბოს სკრინინგი. თუმცა, 16.8%-მა არასწორი პასუხი გასცა, ხოლო მცირე ნაწილმა (0.2%) საერთოდ ვერ გასცა პასუხი.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დაწყების ასაკთან დაკავშირებით, სწორი პასუხია 25 წელი, რასაც 72.7% ასახელებს. მიუხედავად ამისა, რესპონდენტთა დაახლოებით მეხუთედმა არასწორი ასაკი მიუთითა: 10.3% ფიქრობს, რომ სკრინინგი 35 წლიდან უნდა დაიწყოს, ხოლო 16.8% — 40 წლიდან. მცირე ჯგუფმა (0.2%) ვერ გასცა პასუხი. ეს მიუთითებს, რომ მედპერსონალის მნიშვნელოვან ნაწილში ჯერ კიდევ არსებობს ცოდნის ხარვეზი სკრინინგის დაწყების ასაკთან დაკავშირებით.

რაც შეეხება ძუძუს კიბოს სკრინინგის რეკომენდებულ სიხშირეს, სწორი პასუხია 2 წელიწადში ერთხელ, რასაც რესპონდენტთა 55.9% ასახელებს. თუმცა, 13.9% თვლის, რომ სკრინინგი ყოველწლიურად უნდა ჩატარდეს, ხოლო 29.7% — 3 წელიწადში ერთხელ. მცირე ჯგუფმა (0.5%) პასუხი არ იცოდა. მიუხედავად იმისა, რომ ნახევარზე მეტმა სწორად მიუთითა რეკომენდებული სიხშირე, დაახლოებით ყოველი მესამე მაინც არასწორ

ინტერვალს ასახელებს, რაც საჭიროებს დამატებით ინფორმაციულ და საგანმანათლებლო ღონისძიებებს.

ცხრილი 6. პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მედპერსონალის კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის უნარები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

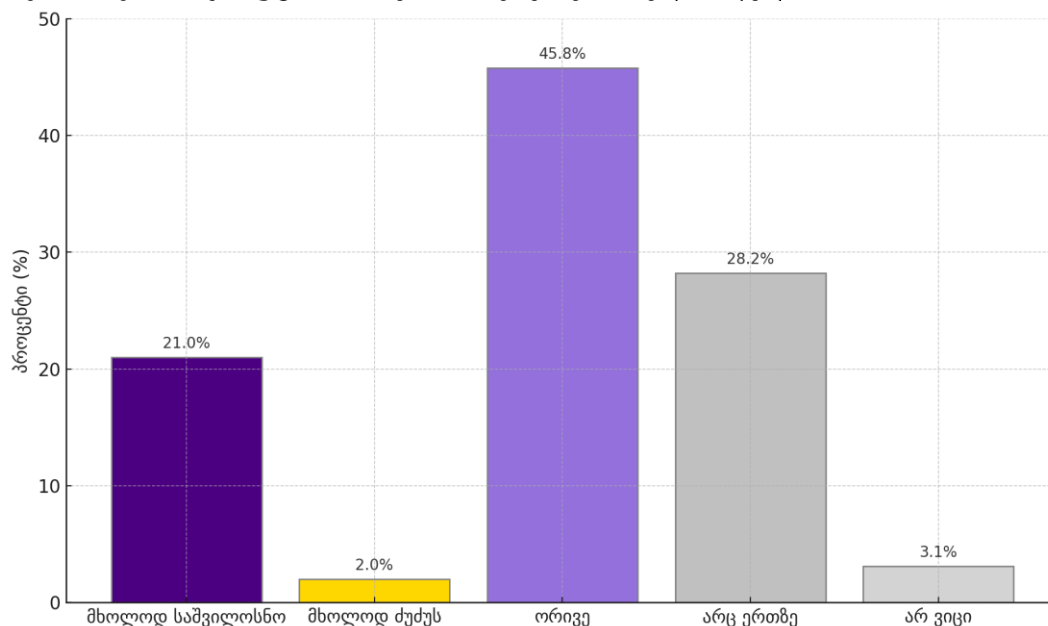
მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
თუ მოვინდომებ, ვიცი სად და როგორ უნდა ჩავიტარო საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი.		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	2	0.4
არ ვეთანხმები	15	2.7
არვიცი	10	1.8
ვეთანხმები	372	67.3
სრულიად ვეთანხმები	154	27.8
ვფლობ საკმარისი ინფორმაციით, რომ მივიღო ინფორმირებული გადაწყვეტილება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებით.		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	1	.2
არ ვეთანხმები	6	1.1
არვიცი	13	2.4
ვეთანხმები	399	72.2
სრულიად ვეთანხმები	134	24.2
რომელი ტესტები გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის?		
აპვ ტესტი	11	2.0
პაპ ტესტი	377	68.2
პაპ ტესტი, აპვ ტესტი	108	19.5
პაპ ტესტი, აპვ ტესტი, ულტრაბგერითი გამოკვლევა	17	3.1
პაპ ტესტი, ულტრაბგერითი გამოკვლევა	38	6.9
ულტრაბგერითი გამოკვლევა	2	0.4
რომელი კიბოს ტიპებისთვის დადასტურებულია, რომ სკრინინგი ამცირებს ავადობის ან სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს?		
საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს, მსხვილი ნაწლავის (კოლორექტალური)	459	83.0
არასწორი პასუხი	93	16.8
არ ვიცი	1	0.2

რომელი წლიდან უნდა დაიწყოთ ქალების საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეგულარული სკრინინგი?		
25 წლიდან	402	72.7
35 წლიდან	57	10.3
40 წლიდან	93	16.8
არ ვიცი	1	0.2
რა სიხშირით არის რეკომენდებული ძუძუს კიბოს სკრინინგი?		
ყოველწლიურად	77	13.9
2 წელიწადში ერთხელ	309	55.9
3 წელიწადში ერთხელ	164	29.7
არ ვიცი	3	0.5

- კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (Opportunity)

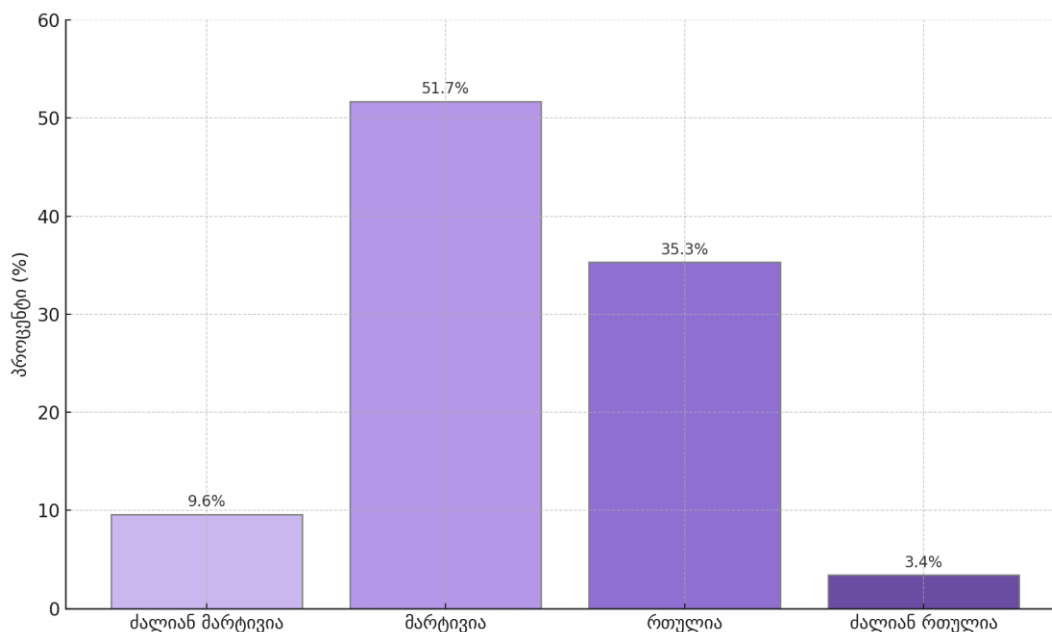
მუნიციპალიტეტში კიბოს სკრინინგის უფასო პროგრამის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა 45.8%-მა აღნიშნა, რომ ხელმისაწვდომია როგორც საშვილოსნოს ყელის, ასევე ძუძუს კიბოს სკრინინგი. 21%-ის თქმით, ხელმისაწვდომია მხოლოდ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი, 2%-ის შეფასებით — მხოლოდ ძუძუს, ხოლო 28.2% ფიქრობს, რომ არცერთი სერვისი არ არის ხელმისაწვდომი. მცირე ნაწილმა (3.1%) პასუხი არ იცოდა (ცხრილი 7) (გრაფიკი 13).

გრაფიკი 13. კიბოს სკრინინგის უფასო პროგრამის სერვისების ხელმისაწვდომობა



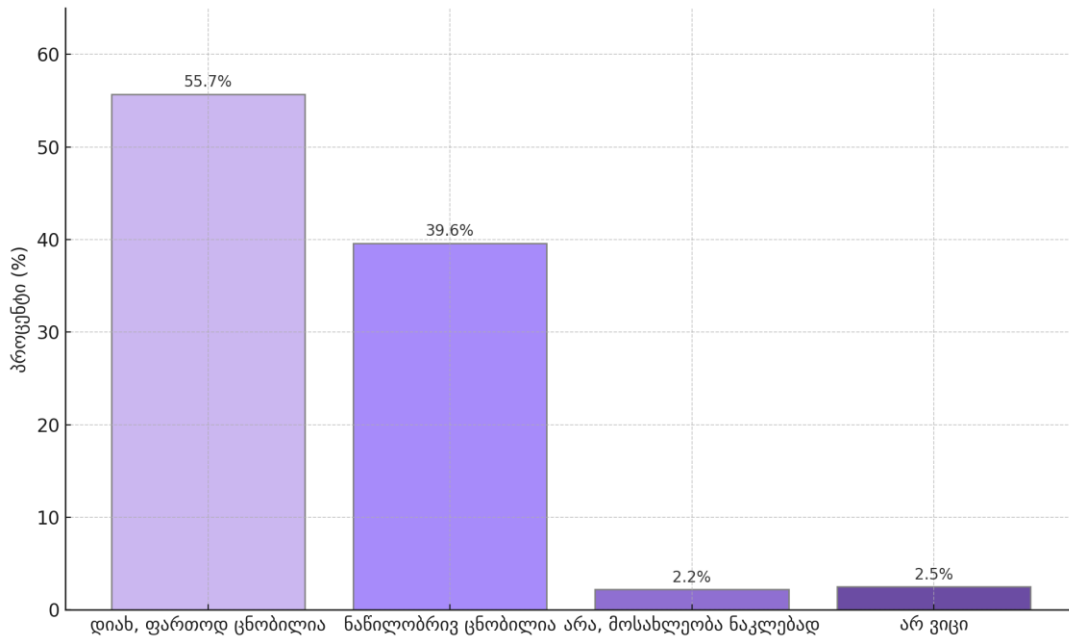
შეკითხვაზე თუ რამდენად მარტივია უფასო სერვისებზე წვდომა გეოგრაფიული ან დროის კუთხით, 51.7%-მა „მარტივად“ შეაფასა, ხოლო 9.6%-მა — „ძალიან მარტივად“. ამასთან, 35.3%-მა აღნიშნა, რომ სერვისებზე წვდომა „რთულია“, ხოლო 3.4%-მა — „ძალიან რთული“ (გრაფიკი 14).

გრაფიკი 14. კიბოს სკრინინგის უფასო სერვისებზე წვდომა გეოგრაფიული ან დროის კუთხით



რაც შეეხება მედპერსონალის შეხედულებას მოსახლეობის სკრინინგის უფასო სერვისების შესახებ ინფორმირებულობასთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა ნახევარზე ოდნავ მეტი (55.7%) მიიჩნევს, რომ „ფართოდ ცნობილია“, 39.6%-ის აზრით — „ნაწილობრივ ცნობილია“. მხოლოდ 2.2% თვლის, რომ მოსახლეობას ინფორმაცია ნაკლებად აქვს, ხოლო 2.5%-მა ვერ გასცა პასუხი (გრაფიკი 15).

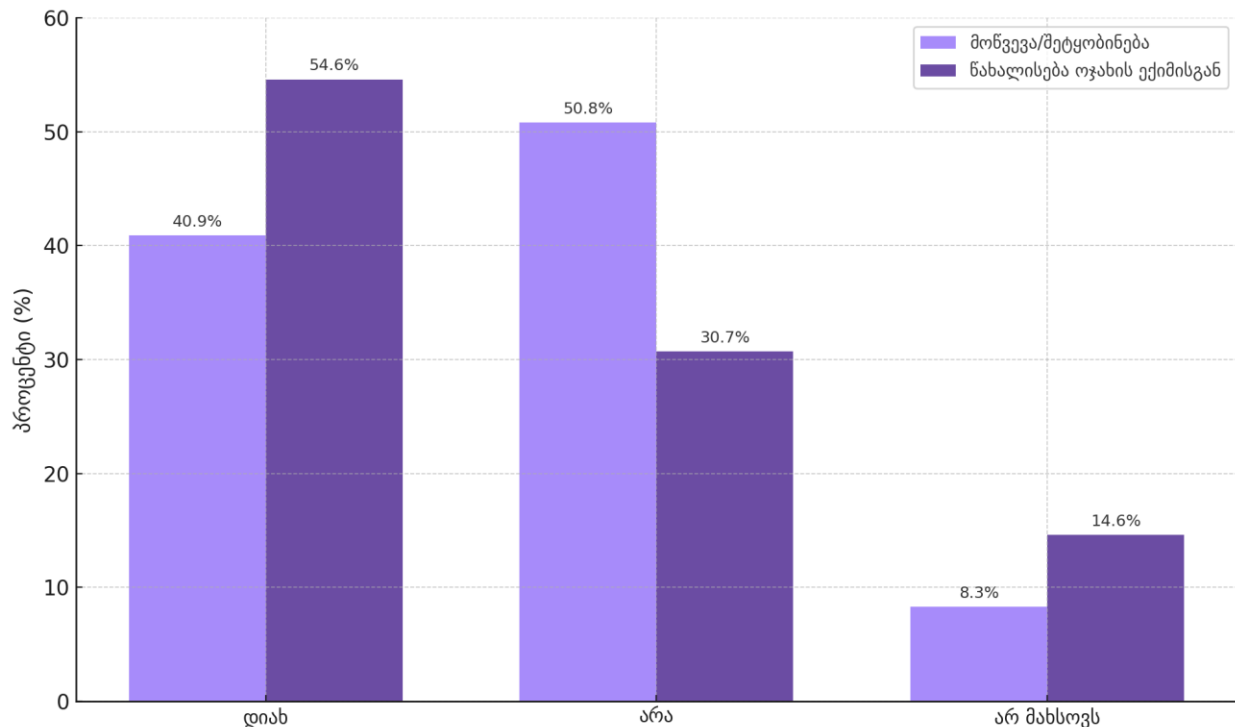
გრაფიკი 15. მოსახლეობის კიბოს სკრინინგის უფასო სერვისების შესახებ ინფორმირებულობა



ბოლო 5 წლის განმავლობაში სკრინინგზე მოწვევა ან შეტყობინება მიუღია 40.9%-ს, 50.8%-ს მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია, ხოლო 8.3%-მა ვერ გაიხსენა.

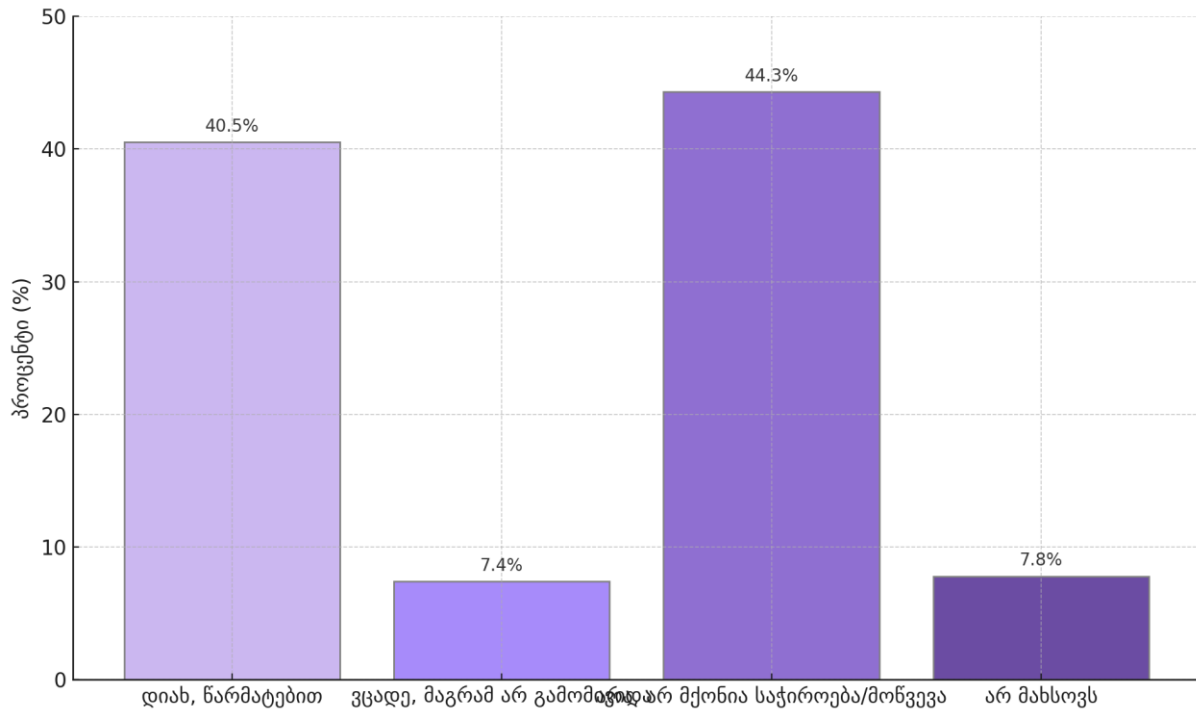
პირველადი ჯანდაცვის ექიმისგან ან მედპერსონალისგან წახალისება ან ინფორმაცია სკრინინგზე მიღებული აქვს რესპონდენტთა 54.6%-ს, მაშინ როცა 30.7%-მა აღნიშნა, რომ მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია. 14.6%-მა პასუხი ვერ გასცა (გრაფიკი 16).

გრაფიკი 16. კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვის მოწვევის შეტყობინება და მედპერსონალის მიერ წახალისება



ბოლო 2 წლის განმავლობაში სკრინინგზე ჩაწერა ან ვიზიტის ჯავშანი წარმატებით მოახერხა 40.5%-მა. 7.4%-მა აღნიშნა, რომ სცადა, მაგრამ ვერ მოახერხა, ხოლო 44.3%-მა თქვა, რომ საჭიროება ან მოწვევა არ ჰქონია. 7.8%-მა პასუხი ვერ გასცა (გრაფიკი 17).

გრაფიკი 17. სკრინინგზე ჩაწერა ან ვიზიტის ჯავშანი ბოლო 2 წლის განმავლობაში



სკრინინგის მიმწოდებელი დაწესებულებებისა და პროფესიონალების მიმართ ნდობა მაღალია: 74.5% სრულად ენდობა, 21.5% — ნაწილობრივ. მცირე წილმა (1.3%) ნდობა უარყო, ხოლო 2.7%-მა ვერ გასცა პასუხი.

რესპონდენტთა 68.2% ეთანხმება და 19% სრულად ეთანხმება, რომ მათი ოჯახის წევრები და პარტნიორი მხარს უჭერენ სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებით. 11.4%-მა განაცხადა, რომ ამის შესახებ არ იცის, ხოლო 1.4%-მა უარყო მხარდაჭერის არსებობა.

ცხრილი 7. კიბოს სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
თქვენს მუნიციპალიტეტში ხელმისაწვდომია კიბოს სკრინინგის უფასო პროგრამა?		
მხოლოდ საშვილოსნო	116	21.0
მხოლოდ მუძუს	11	2.0
ორივე	253	45.8
არც ერთზე	156	28.2
არ ვიცი	17	3.1
რამდენად მარტივია თქვენთვის სკრინინგის უფასო სერვისებზე წვდომა (გეოგრაფიულად ან დროის თვალსაზრისით)?		
მაღიან მარტივია	53	9.6

მარტივია	286	51.7
რთულია	195	35.3
ძალიან რთულია	19	3.4
თქვენს მუნიციპალიტეტში მოსახლეობისათვის ცნობილია სკრინინგის უფასო სერვისების არსებობა?		
დიახ, ფართოდ ცნობილია	308	55.7
ნაწილობრივ ცნობილია	219	39.6
არა, მოსახლეობა ნაკლებად	12	2.2
არ ვიცი	14	2.5
მიგიღიათ თუ არა მოწვევა ან შეტყობინება (SMS, ფურცელი, ზარი და სხვ.) სკრინინგის ჩატარებაზე ბოლო 5 წლის განმავლობაში?		
დიახ	226	40.9
არა	281	50.8
არ მახსოვს	46	8.3
მიგიღიათ წარსულში წახალისება ან ინფორმაცია სკრინინგის ჩატარებაზე ოჯახის ექიმისგან ან მედპერსონალისგან?		
დიახ	302	54.6
არა	170	30.7
არ მახსოვს	81	14.6
გიცდიათ თუ არა სკრინინგზე ჩაწერა ან ვიზიტის ჯავშანი ბოლო 2 წლის განმავლობაში?		
დიახ, წარმატებით	224	40.5
ვცადე, მაგრამ არ გამომივიდა	41	7.4
არა, არ მქონია საჭიროება/მოწვევა	245	44.3
არ მახსოვს	43	7.8
გაქვთ თუ არა ნდობა იმ დაწესებულებებისა და პროფესიონალების მიმართ, რომლებიც სკრინინგს ატარებენ?		
დიახ სრულიად	412	74.5
ნაწილობრივ	119	21.5
არა	7	1.3
არ ვიცი	15	2.7
თქვენი ოჯახის წევრები ან პარტნიორი მხარს გიჭერენ სკრინინგში მონაწილეობაში?		
არ ვეთანხმები	8	1.4
არვიცი	63	11.4
ვეთანხმები	377	68.2
სრულიად ვეთანხმები	105	19.0
არ ვეთანხმები	8	1.4
არვიცი	63	11.4

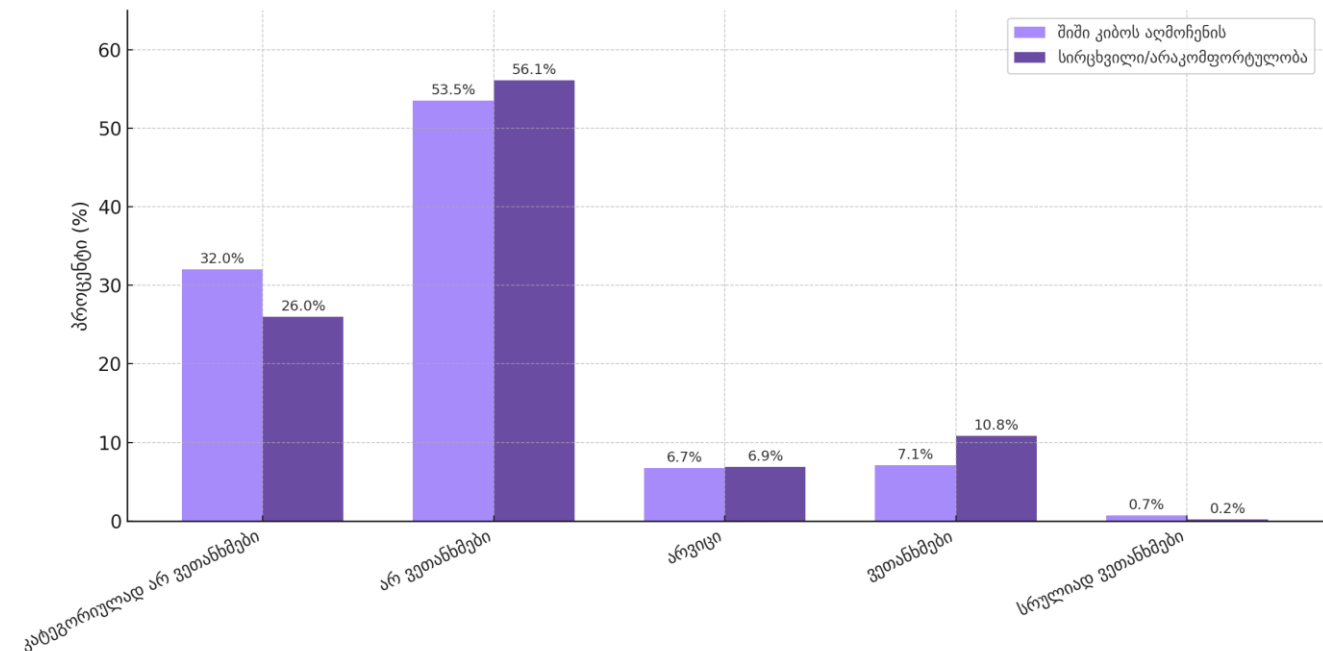
• კიბოს სკრინინგის სერვისებში ჩართვის მოტივაცია (Motivation)

რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა არ ეთანხმება მოსაზრებას, რომ კიბოს აღმოჩენის შიშის გამო სჯობს ტესტირება არ ჩაიტარონ: 53.5% არ ეთანხმება და 32% კატეგორიულად

არ ეთანხმება. მხოლოდ 7.8% ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება (7.1% და 0.7% შესაბამისად) ამ მოსაზრებას, ხოლო 6.7%-მა განაცხადა რომ არ იცის (ცხრილი 9).

სკრინინგის დროს უხერხულობის ან სირცხვილის განცდას რესპონდენტთა უმრავლესობა უარყოფს (56.1% არ ეთანხმება და 26% კატეგორიულად არ ეთანხმება). თუმცა, 11% აღნიშნულ შეხედულებას დაეთანხმა, რაც მიუთითებს, რომ მცირე, მაგრამ მნიშვნელოვანი ჯგუფი მაინც განიცდის დისკომფორტს (გრაფიკი 18).

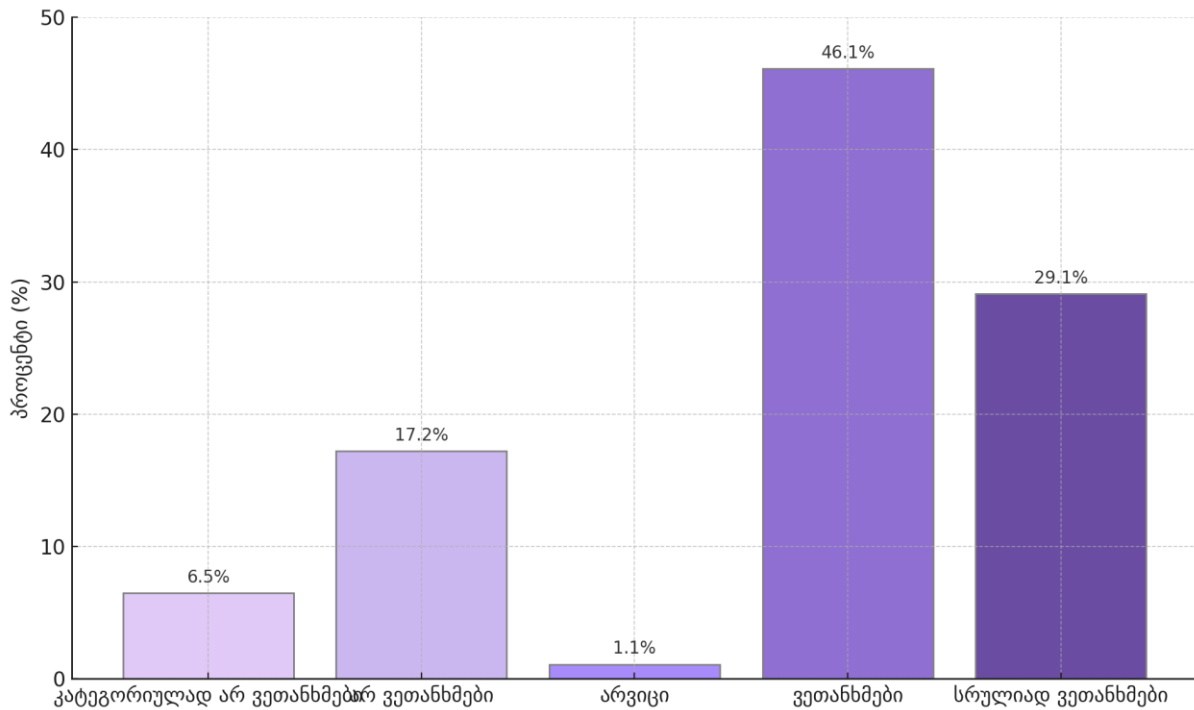
გრაფიკი 18. კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით შიშის ან სირცხვილის-უხერხულობის განცდა პჯდ მედპერსონალში



ნეგატიური გამოცდილება სკრინინგის პროცესთან დაკავშირებით (მაგალითად, ხანგრძლივი მოლოდინი, არასათანადო კომუნიკაცია ან ტკივილი) 10.8%-ს ჰქონია, 74.1%-მა განაცხადა, რომ მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია. 12.3%-მა ვერ გაიხსენა, ხოლო 2.7%-მა პასუხისგან თავი შეიკავა.

სკრინინგის როლს კიბოს მძიმე, შორსწასული ფორმების პრევენციაში დადებითად აფასებს რესპონდენტთა დიდი ნაწილი: 46.1% ეთანხმება და 29.1% სრულად ეთანხმება. თუმცა, 17.2% არ ეთანხმება და 6.5% კატეგორიულად არ ეთანხმება, რაც მიუთითებს ცოდნისა და დამოკიდებულების გარკვეულ ხარვეზებზე.

გრაფიკი 19. პჯდ მედპერსონალის შეხედულებით რამედნად უშლის ხელს სკრინინგი კიბოს შორსწასული - მძიმე ფორმის განვითარებას



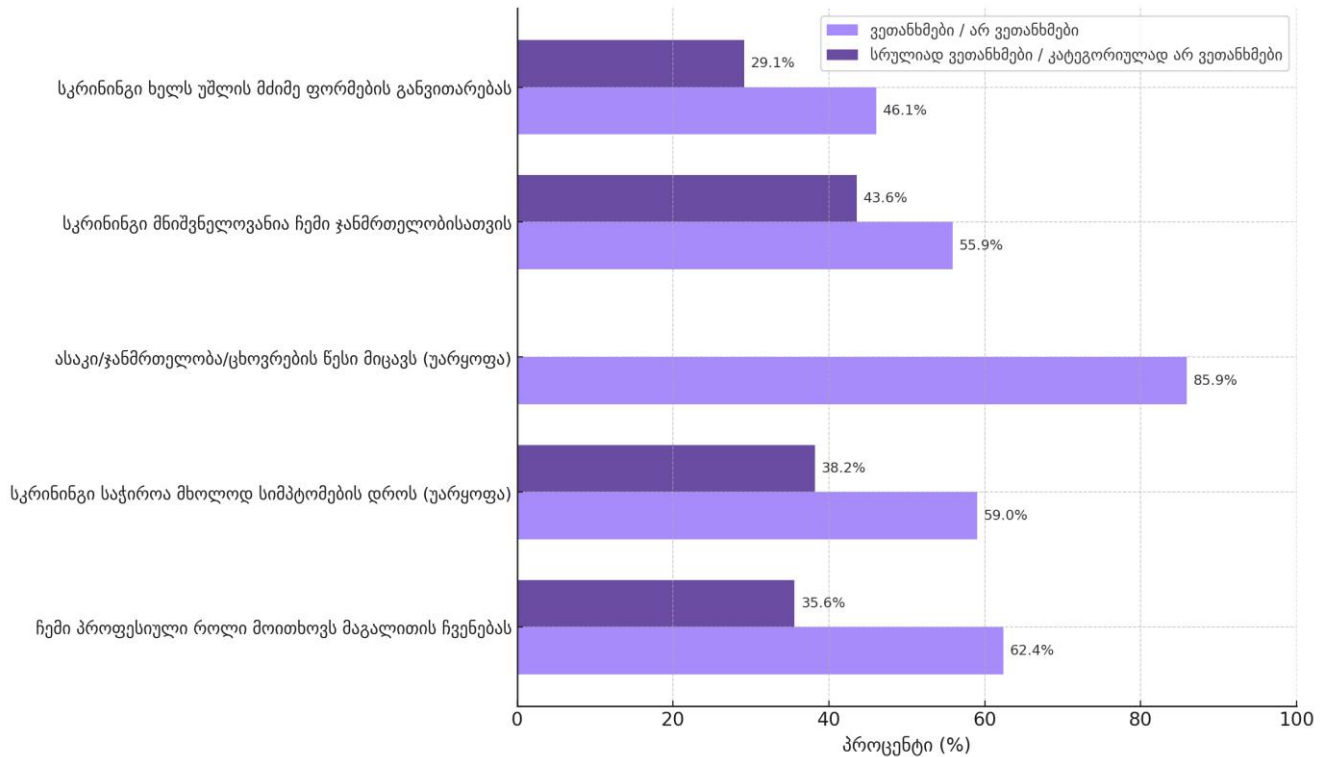
რაც შეეხება შეხედულებას, რომ ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა ან ცხოვრების წესი კიბოსგან იცავს და სკრინინგი საჭირო არ არის, 85.9% უარყოფს ასეთ მოსაზრებას, 10.5% კი ფიქრობს, რომ ეს ასეა. მცირე ჯგუფმა (3.6%) განაცხადა რომ არ იცის.

სკრინინგის მნიშვნელობას საკუთარი ჯანმრთელობისთვის პრაქტიკულად ყველა აღიარებს: 55.9% ეთანხმება და 43.6% სრულად ეთანხმება. მხოლოდ 0.5%-მა თქვა „არ ვიცი“.

უმრავლესობა არ იზიარებს შეხედულებას, რომ სკრინინგი საჭიროა მხოლოდ სიმპტომების არსებობისას: 59% არ ეთანხმება და 38.2% კატეგორიულად არ ეთანხმება. სიმპტომებზე დამოკიდებული მიდგომა მხოლოდ 2.1%-მა გაიზიარა.

რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ მათი პროფესიული როლი მოითხოვს, რომ იყვნენ მაგალითი სკრინინგში მონაწილეობით მათი პაციენტებისათვის: 62.4% ეთანხმება და 35.6% სრულად ეთანხმება. მხოლოდ 1.3% არ ეთანხმება.

გრაფიკი 20. კიბოს სკრინინგის სარგებლის, საჭიროებისა და ვალდებულებების აღქმა პჯდ მედპერსონალში



ცხრილი 8. კიბოს სკრინინგის სერვისებში ჩართვის მოტივაცია, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
მეშინია, რომ სკრინინგმა შეიძლება გამოავლინოს კიბო		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	177	32.0
არ ვეთანხმები	296	53.5
არვიცი	37	6.7
ვეთანხმები	39	7.1
სრულიად ვეთანხმები	4	0.7
მრცხვენია ან არაკომფორტულად ვგრძნობ თავს სკრინინგის დროს.		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	144	26.0
არ ვეთანხმები	310	56.1
არვიცი	38	6.9
ვეთანხმები	60	10.8
სრულიად ვეთანხმები	1	.2
გქონიათ თუ არა ისეთი ნეგატიური გამოცდილება სკრინინგთან ან მის წინა პროცესთან (მაგ. მოლოდინის დრო, კომუნიკაცია, ტკივილი), რომელმაც შესაძლოა გავლენა მოახდინა თქვენს გადაწყვეტილებაზე სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებით?		
დიახ	60	10.8
არა	410	74.1
არ მახსოვს	68	12.3
არ მსურს პასუხი	15	2.7
სკრინინგი ხელს უშლის კიბოს შორსწასული - მძიმე ფორმის განვითარებას		

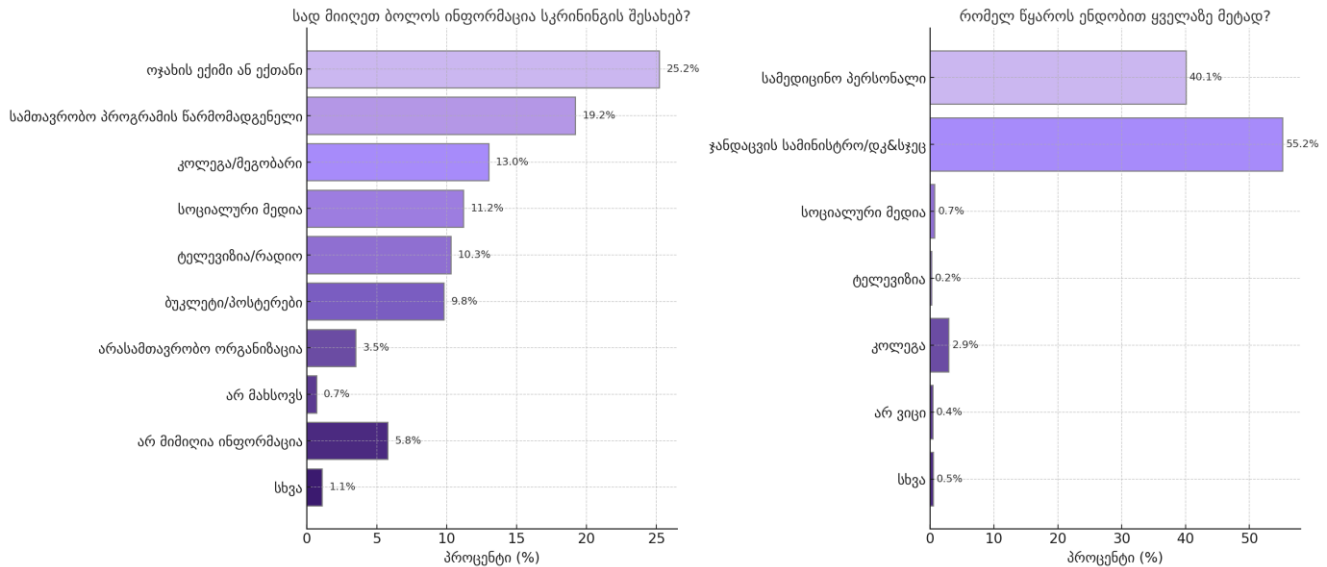
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	36	6.5
არ ვეთანხმები	95	17.2
არ ვიცი	6	1.1
ვეთანხმები	255	46.1
სრულიად ვეთანხმები	161	29.1
თვლით თუ არა, რომ თქვენი ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა ან ცხოვრების წესი გიცავთ კიბოსგან და სკრინინგი თქვენთვის არ არის აუცილებელი?		
დიახ	58	10.5
არა	475	85.9
არ ვიცი	20	3.6
სკრინინგი მნიშვნელოვანია ჩემი ჯანმრთელობისათვის		
არ ვიცი	3	.5
ვეთანხმები	309	55.9
სრულიად ვეთანხმები	241	43.6
სკრინინგი საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როდესაც სიმპტომები მაქვს.		
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	211	38.2
არ ვეთანხმები	326	59.0
არ ვიცი	4	.7
ვეთანხმები	8	1.4
სრულიად ვეთანხმები	4	.7
ჩემი პროფესიული როლი მოითხოვს, რომ ვიყო მაგალითი სკრინინგში მონაწილეობით.		
არ ვეთანხმები	7	1.3
არ ვიცი	4	.7
ვეთანხმები	345	62.4
სრულიად ვეთანხმები	197	35.6

- კიბოს სკრინინგის საკითხებზე კომუნიკაცია და ინფორმაციის წყაროები

შეკითხვაზე თუ სად მიიღეს ბოლოს ინფორმაცია ძუძუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ, რესპონდენტებმა ყველაზე ხშირად დაასახელეს ოჯახის ექიმი ან ექთანი (25.2%), ასევე სამთავრობო პროგრამის წარმომადგენელი (19.2%). შედარებით ხშირად ინფორმაცია მიღებული ჰქონდათ კოლეგის ან მეგობრისგან (13%), სოციალური მედიის საშუალებით (11.2%) და ტელევიზია/რადიოს მეშვეობით (10.3%). ბუკლეტები და პოსტერები ინფორმაციის წყაროდ 9.8%-მა დაასახელა, არასამთავრობო ორგანიზაციები — 3.5%-მა. მცირე ჯგუფმა თქვა, რომ ინფორმაცია საერთოდ არ მიუღია (5.8%) ან ვერ იხსენებს (0.7%). ეს მიუთითებს, რომ ინფორმაციის ძირითადი არხი კვლავაც პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები და სახელმწიფო პროგრამებია, თუმცა სოციალურ მედიასაც მნიშვნელოვანი როლი აქვს (ცხრილი 9).

ინფორმაციის სანდოობის თვალსაზრისით, უმრავლესობა ყველაზე მეტად ენდობა ჯანდაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრს (55.2%) და სამედიცინო პერსონალს (40.1%). სხვა წყაროებს — კოლეგას (2.9%), სოციალურ მედიას (0.7%) და ტელევიზიას (0.2%) — მცირე წილი ენდობა. ეს ნათლად აჩვენებს, რომ ოფიციალური და პროფესიული არხები აღიქმება ყველაზე სანდო წყაროდ (გრაფიკი 21).

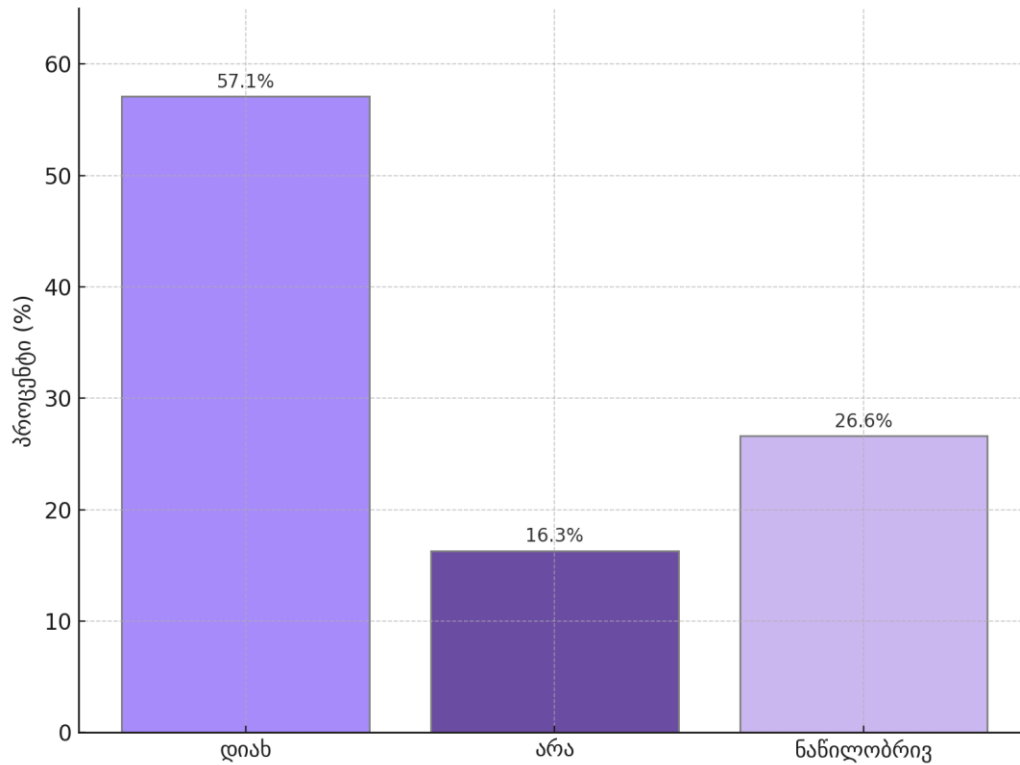
გრაფიკი 21. კიბოს სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე ახალი და ყველაზე სანდო წყაროები პჯდ მედპერსონალში



მიღებული ინფორმაციის ხარისხი უმრავლესობისთვის მაღალი იყო: 93.5%-მა მას „ძალიან ადვილად გასაგები და სასარგებლო“ უწოდა, 5.8%-მა — „ნაწილობრივ გასაგები და სასარგებლო“. მხოლოდ უმნიშვნელო წილმა (0.2–0.4%) აღნიშნა, რომ ინფორმაცია რთულად გასაგები ან უსარგებლო იყო, ან საერთოდ არ მიუღია.

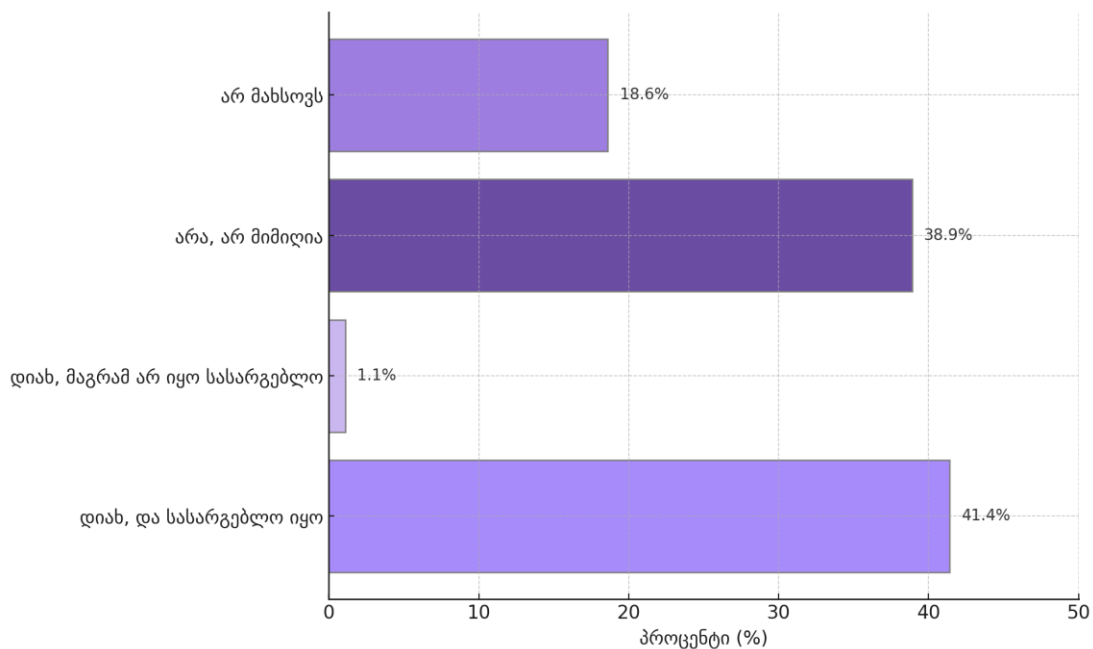
ვიზუალური და ბეჭდური საინფორმაციო მასალების ხელმისაწვდომობა შეფასდა შემდეგნაირად: 57.1%-ს მიაჩნია, რომ მასალებზე წვდომა აქვს, 26.6%-მა თქვა, რომ წვდომა ნაწილობრივ აქვს, ხოლო 16.3%-მა აღნიშნა, რომ საერთოდ არ აქვს (გრაფიკი 22).

გრაფიკი 22. ვიზუალური და ბეჭდური საინფორმაციო მასალების ხელმისაწვდომობა პჯდ მედპერსონალში.



ციფრული არხებით ინფორმაციის მიწოდების გამოცდილება რესპონდენტთა 41.4%-ს ჰქონდა და ის სასარგებლოდ შეაფასა. 1.1%-მა თქვა, რომ ინფორმაცია მიიღო, მაგრამ არ იყო სასარგებლო, 38.9%-მა აღნიშნა, რომ საერთოდ არ მიუღია, ხოლო 18.6%-მა ვერ გაიხსენა (გრაფიკი 23).

გრაფიკი 23. კიბოს სკრინინგზე ციფრული ფორმით (სმს, ელ. ფოსტა, მობილური აპლიკაცია) ინფორმაციის მიღების გამოცდილება პჯდ მედპერსონალში



ცხრილი 9. კიბოს სკრინინგის საკითხებზე კომუნიკაცია და ინფორმაციის წყაროები, KAP საბაზისო კვლევა, 2025

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)
სად მიიღეთ ბოლოს ინფორმაცია ძუძუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ?		
ოჯახის ექიმი ან ექთანი	241	25.2
სამთავრობო პროგრამის წარმომადგენელი	184	19.2
კოლეგა/მეგობარი	125	13.0
სოციალური მედია (Facebook, Instagram და სხვ.).	107	11.2
ტელევიზია/რადიო.	99	10.3
ბუკლეტი/პოსტერები	94	9.8
არასამთავრობო ორგანიზაცია	34	3.5
არ მახსოვს	7	0.7
არ მიმიღია ინფორმაცია	56	5.8
სხვ	11	1.1
რომელ წყაროს ენდობით ყველაზე მეტად კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მისაღებად?		
სამედიცინო პერსონალი	222	40.1
ჯანდაცვის სამინისტრო ან დაავადებათა კონტროლის ცენტრი	305	55.2
სოციალური მედია	4	0.7
ტელევიზია	1	0.2
კოლეგა	16	2.9
არ ვიცი	2	0.4
სხვა	3	0.5
რამდენად ადვილად გასაგები და სასარგებლო იყო თქვენთვის სკრინინგის შესახებ მიღებული ინფორმაცია?		
ძალიან ადვილად გასაგები და სასარგებლო	516	93.5
ნაწილობრივ გასაგები და სასარგებლო	32	5.8
რთულად გასაგები და ნაკლებად სასარგებლო	1	0.2
საერთოდ არ იყო სასარგებლო	1	0.2
არ მიმიღია ინფორმაცია	2	0.4
გაქვთ თუ არა წედომა საკმარის ვიზუალურ ან ბეჭდურ საინფორმაციო მასალებზე (პოსტერი, ფლაერი, ბუკლეტი)?		
დიახ	316	57.1
არა	90	16.3
ნაწილობრივ	147	26.6
მიღებული თუ გაქვთ ციფრული ფორმით ინფორმაცია სკრინინგზე (სმს, ელ. ფოსტა, მობილური აპლიკაცია)?		
დიახ, და ჩემთვის სასარგებლო იყო	229	41.4
დიახ, მაგრამ არ იყო სასარგებლო	6	1.1
არა, არ მიმიღია	215	38.9
არ მახსოვს	103	18.6

ასოციაციური ანალიზი

- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები

ბივარიაციულმა და მულტივარიაციულმა ანალიზმა 25 წლის და ზემოთ ასაკის ჯგუფში აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ჩატარების სტატუსი (ოდესმე ჩაუტარებიათ თუ არა სკრინინგი) რამდენიმე ფაქტორთან იყო სარწმუნოდ ასოცირებული ($P \geq 0.05$), რომლებიც COM-B მოდელის სამივე კომპონენტს უკავშირდება (ცხრილი 10).

ქცევა (Behaviour): იმ მედპერსონალში, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მათი პაციენტების $\geq 26\%$ -ს ჰქონდა ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, უფრო მაღალი იყო სკრინინგში მონაწილეობის ალბათობა ($AOR=1.89$; $95\%CI$: $1.17-3.06$; $p=0.010$), ვიდრე იმ ჯგუფში, რომლებმაც პაციენტთა უფრო მცირე წილზე ($<26\%$) მიუთითეს. მნიშვნელოვანია, რომ ეს მონაცემი ეფუძნება მედპერსონალის თვითშეფასებას და არა ობიექტურ ადმინისტრაციულ სტატისტიკას, შესაბამისად ასახავს აღქმულ პრაქტიკას და არა ზუსტ მოცვას.

ცოდნა და უნარები (Capability): იმ მედპერსონალში, ვინც იცოდა, რომ საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგს შეუძლია ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება, უფრო მაღალი იყო ალბათობა ჩატარებული ჰქონოდათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ($AOR=1.90$; $95\%CI$: $1.03-3.53$; $p=0.041$), ვიდრე მათ, ვისაც ეს ინფორმაცია არ ჰქონდა.

მოტივაცია (Motivation): მოსაზრებასთან დაკავშირებით, რომ „სკრინინგი საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როდესაც სიმპტომები მაქვს“, შედეგებმა აჩვენა, რომ მედპერსონალში, რომლებიც კატეგორიულად არ ეთანხმებიან ამ მოსაზრებას, სკრინინგში მონაწილეობის ალბათობა მნიშვნელოვნად მაღალი იყო ($AOR=2.69$; $95\%CI$: $1.61-4.50$; $p<0.001$) შედარებით იმათთან, ვინც სრულად ან ნაწილობრივ ეთანხმებოდა ამ მოსაზრებას.

შესაძლებლობა (Opportunity): წარსულში ოჯახის ექიმისგან (როგორც კოლეგისგან ან საკუთარი მკურნალი ექიმისგან) მიღებულ წახალისებას ან ინფორმაციას დადებითი კავშირი ჰქონდა მედპერსონალის სკრინინგში მონაწილეობასთან. წახალისების შემთხვევაში სკრინინგში ჩართვის შანსი 1.71 -ჯერ მეტი იყო ($AOR=1.06-2.78$; $p=0.030$), ვიდრე მათ შორის, ვისაც მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია ან არ ახსოვდა.

ცხრილი 10. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)	AOR*	95%CI**	P***
ქცევა Behaviour					

თქვენი პაციენტების რამდენ %-ს აქვს ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ?					
≥26%	136	74.7	1.89	1.17 - 3.06	0.010
<26%	94	59.9	Ref****	--	--
ცოდნა და უნარები Capacity					
რომელი კიბოს ტიპებისთვის დადასტურებულია რომ სკრინინგი ამცირებს ავადობის ან სიკვდილობის მაჩვენებლებს?					
იკის	200	70.4	1.90	1.03- 3.53	0.041
არ იკის	30	54.5	Ref****	--	--
მოტივაცია, დამოკიდებულებები და ემოციები Motivation					
სკრინინგი საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როდესაც სიმპტომები მაქვს					
კატეგორიულად არ ვეთანხმები	117	80.7	2.69	1.61 - 4.50	0.000
სხვ.	113	58.2	Ref****	--	--
გარემო და სოციალური ფაქტორები Opportunity					
მიგიღიათ წარსულში წახალისება ან ინფორმაცია სკრინინგის ჩატარებაზე ოჯახის ექიმისგან ?					
დიახ	131	74.9	1.71	1.06 - 2.78	.030
არა/არ მახსოვს	99	60.4	Ref****	--	--

*AOR - შესწორებული შანსების თანაფარდობა, მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

** 95%CI – 95%-იანი სანდოობის ინტერვალი

***P – სტატისტიკური სარწმუნოების მაჩვენებელი (≥ 0.05)

**** REF - შედარების ჯგუფი

• მუძუს კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები

ბივარიაციულმა და მულტივარიაციულმა ანალიზმა 40–70 წლის ასაკის ჯგუფში აჩვენა, რომ მუძუს კიბოს სკრინინგის სტატუსი სარწმუნოდ იყო ასოცირებული როგორც ქცევით, ისე მოტივაციურ ფაქტორებთან (ცხრილი 11).

ქცევა (Behaviour): იმ მედპერსონალში, ვისაც ოდესმე ჰქონდა ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო მუძუს კიბოს სკრინინგში ჩართვის ალბათობა (AOR=10.43; 95%CI: 5.89–18.48; $p<0.001$), შედარებით მათთან, ვისაც მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია. ეს შედეგი ხაზს უსვამს სკრინინგებში მონაწილეობის

კუმულაციურ ეფექტს: ერთ სკრინინგში გამოცდილება მნიშვნელოვნად ზრდის სხვა სკრინინგში ჩართვის ალბათობას.

მოტივაცია (Motivation): მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ემოციური ბარიერები. მათ შორის, ვინც აღნიშნავდა, რომ „მრცხვენია ან არაკომფორტულად ვგრძნობ თავს სკრინინგის დროს“, ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის ალბათობა მნიშვნელოვნად დაბალი იყო. პირიქით, ვისაც მსგავსი დისკომფორტი არ გამოუხატავს, სკრინინგში ჩართვის შანსი 2.77-ჯერ უფრო მაღალი აღმოჩნდა (AOR=2.77; 95%CI: 1.33–5.77; p=0.006).

ცხრილი 11. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სტატუსთან ასოცირებული ფაქტორები

მახასიათებლები	რაოდენობა (N)	პროცენტი (%)	AOR*	95%CI**	P ***
ქცევა Behaviour					
ჩატარებული აქვს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი					
დიახ	192	87.3	10.43	5.89- 18.48	.000
არა	38	36.9	Ref****	--	--
Motivation (მოტივაცია, დამოკიდებულებები და ემოციები)					
მრცხვენია ან არაკომფორტულად ვგრძნობ თავს სკრინინგის დროს					
დიახ	84	87.5	2.77	1.33 - 5.77	0.06
არა	146	64.3	Ref****	--	--

*AOR - შესწორებული შანსების თანაფარდობა, მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

** 95%CI – 95%-იანი სანდოობის ინტერვალი

***P – სტატისტიკური სარწმუნოობის მაჩვენებელი (≥ 0.05)

**** REF - შედარების ჯგუფი

ხარისხობრივი კვლევის შედეგები

ხარისხობრივი კვლევის კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ხუთი ფოკუს ჯგუფი მ.შ. ოთხი ბენეფიციარებში (25-70 წლის ქალბატონები გურჯაანის, ზუგდიდის, ბათუმის და ახალციხის მუნიციპალიტეტებიდან) და 1 ფოკუს ჯგუფი სკრინინგის მიმწოდებელ სპეციალისტებს შორის გურჯაანში სხვადასხვა პროფესიული როლის მქონე სპეციალისტებთან (კლინიკის დირექტორი, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის კოორდინატორი, გინეკოლოგი, მამოლოგი და მთავარი ადმინისტრატორი) და სამი ინტერვიუ სერვისის მიმწოდებლებს შორის ზუგდიდის, ბათუმის და ახალციხის მუნიციპალიტეტებიდან. რამაც შესაძლებელი გახდა სკრინინგის სერვისების მიწოდების მექანიზმებისა და პროფესიული პერსპექტივების სიღრმისეულად შესწავლა.

- **ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ქცევა მოსახლეობაში**

სერვისის მიმწოდებლებისა და ბენეფიციარების მოსაზრებების შეჯერებით ნათლად იკვეთება სკრინინგის ქცევის არათანაბარი და ფრაგმენტული სურათი. პროვაიდერები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ მოსახლეობის მონაწილეობა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში დაბალია და რეგულარული ჩართულობა პრაქტიკულად არ არსებობს. მათი შეფასებით, ქალების უმეტესობა სკრინინგს მხოლოდ ერთჯერადად გადის, ხშირ შემთხვევაში კონკრეტული გარემოებების – უფასო აქციების, ექიმის რეკომენდაციის ან ჯანმრთელობის პრობლემის გაჩენის გამო. როგორც ერთ-ერთმა პროვაიდერმა აღნიშნა: „*მოსახლეობა არ მოდის სისტემატურად, მხოლოდ შემთხვევით — როცა აქციაა ან ექიმმა ურჩია.*“ ეს დაკვირვება სრულად თანხვდება ბენეფიციარების მიერ ფოკუს ჯგუფებში გაზიარებულ გამოცდილებას. ქალები ხშირად ამბობდნენ, რომ მხოლოდ ერთხელ იყვნენ სკრინინგზე და აღარ დაბრუნებულან, ნაწილი კი საერთოდ არ ჩაერთო, რადგან საჭიროებად არ მიიჩნევს.

პროვაიდერების დაკვირვებით, ბოლო წლებში ინტერესი ნელა იზრდება, თუმცა ეს ჯერ კიდევ არასაკმარისია მოცვის გაზრდისთვის. მაგალითად, ახალციხეში ექიმმა აღნიშნა: „*შედარებით მეტი პაციენტი მოდის, ვიდრე ხუთი წლის წინ, მაგრამ მაინც ძალიან ცოტაა.*“ პროვაიდერთა მოსაზრებით, ზოგიერთ რეგიონში დადებითი ცვლილებებიც ფიქსირდება – მაგალითად, ბათუმში სპეციალისტები ხაზს უსვამენ, რომ ბოლო წლების განმავლობაში ცნობიერება ნაწილობრივ გაიზარდა, თუმცა ეს ჯერ კიდევ არ აისახება სრულ მოცვაზე. „*ინფორმაცია უფრო მეტს მიეწოდება, მაგრამ მაინც მცირეა მათი რიცხვი, ვინც სკრინინგზე თავად მოდის*“ (ბათუმი, პროვაიდერი).

პროვაიდერების თქმით, სკრინინგში უფრო მეტად ერთვებიან საშუალო და ხანდაზმული ასაკის ქალები, მაშინ როდესაც ახალგაზრდა ქალებში ნაკლები ინტერესია. ამის მიზეზად ისინი ასახელებენ როგორც სიმპტომების არქონის გამო თვითშეფასების დაბალ რისკს, ისე ოჯახის დაგეგმვის და დროის დეფიციტს. ერთ-ერთი ექიმის სიტყვებით: „*40 წელს გადაცილებული ქალები უფრო მეტად აცნობიერებენ, რომ აუცილებელია, ახალგაზრდები კი ფიქრობენ, რომ ადრეა*“ (გურჯაანი, პროვაიდერი). ახალგაზრდა ებენეფიციარებიც ხაზს უსვამენ, რომ „*ჯერ არ სჭირდებათ*“, ხოლო უფროსი ასაკის ქალები ხშირად მხოლოდ

სიმპტომების გაჩენისას მიმართავენ სერვისს. ერთ-ერთმა მონაწილემ აღნიშნა: „მე ჯერ პატარა ვარ, რატომ უნდა გავიკეთო? როცა პრობლემა მექნება, მაშინ წავედი.“

პროვაიდერების აზრით, შედარებით მაღალი აქტივობა შეინიშნება ქალაქებში, სადაც სერვისი უფრო ხელმისაწვდომია, ხოლო სოფლებში ჩართულობა უფრო იშვიათია და დამოკიდებულია ადგილზე ვიზიტის შესაძლებლობაზე. როგორც ერთ-ერთი პროვაიდერი აღნიშნავს: „ქალაქში უფრო მეტი აქტივობაა, იქ უფრო ხელმისაწვდომია ეს სერვისი. სოფლებში იშვიათად მოდიან, ძირითადად მაშინ თუ რაიონში ვართ ჩასულები“ (პროვაიდერი, გურჯაანი). მსგავსად, ახალციხეში დასძენენ: „ქალები ქალაქიდან უფრო ხშირად მოდიან, სოფლებიდან კი მხოლოდ მაშინ, თუ რაღაც ღონისძიებაა და ადგილზე მივდივართ“ (პროვაიდერი, ახალციხე). ინტერვიუებიდან ცალსახად იკვეთება, რომ პერიფერიებში მცხოვრები ქალები ნაკლებად ერთვებიან სკრინინგში. ბენეფიციარებიც ხაზს უსვამენ საცხოვრებელი ადგილის მნიშვნელობას სკრინინგის გამოცდილებაში. ერთ-ერთის სიტყვებით: „ქალაქში უფრო მარტივად შეგიძლია ტესტის გაკეთება, სოფელში კი არ არის ეს შესაძლებლობა ხშირი“ (ბენეფიციარი, ბათუმი). ზუგდიდში მცხოვრები ქალი კი აღნიშნავს: „მე იმიტომ გავიკეთე, რომ ქალაქში ვცხოვრობ და აქ უფრო ხელმისაწვდომია. სოფელში რომ ვყოფილიყავი, ალბათ ვერ მოვახერხებდი“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი). მიზეზებად სახელდება როგორც მგზავრობისა და ხელმისაწვდომობის სირთულეები, ასევე ინფორმაციის ნაკლებობა. ზუგდიდში პროვაიდერი აღნიშნავს: „სოფლებიდან ქალებს ტრანსპორტირების პრობლემა აქვთ, ზოგჯერ გზის ფულიც აფერხებთ“.

ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის უნარები - Capacity

სკრინინგში ჩართულობის უნარების კომპონენტი მოიცავს როგორც ბენეფიციარების ცოდნასა და ინფორმირებულობას, ასევე პროვაიდერების პროფესიულ კომპეტენციასა და მათ შესაძლებლობებს უზრუნველყონ ხარისხიანი მომსახურება. კვლევის ფარგლებში როგორც ბენეფიციარების, ისე პროვაიდერების მოსაზრებებმა აჩვენა, რომ ცოდნის დონე, ინფორმაციის წყაროები, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მომზადება და კომუნიკაციის უნარები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სკრინინგში მონაწილეობაზე. ეს მიგნებები წარმოადგენს მნიშვნელოვან საბაზისო მონაცემებს, რომლებიც მომავალში საშუალებას მისცემს შეფასდეს, რა შეიცვალა საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ინტერვენციების განხორციელების შემდეგ.

ბენეფიციარების ხედვა

ფოკუს ჯგუფების მონაწილეთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ სკრინინგის შესახებ ცოდნა ფრაგმენტულია. ხშირია დაბნეულობა ასაკობრივ კრიტერიუმებსა და კვლევის სიხშირეზე. ერთ-ერთმა მონაწილემ თქვა: „ზუსტად არ ვიცი, რა ასაკიდან და რამდენჯერ უნდა ჩავიტაროთ ეს ტესტები, ექიმთან რომ არ მივიდე, თვითონ ვერ გავიგებ.“ (ბენეფიციარი, ბათუმი).

ასაკობრივი საზღვრების გაურკვეველობა ხშირია: „მაინტერესებს ეს ასაკობრივი ჯგუფი 40 წელს ზევით არის? მანამდე არ არის საჭირო? 35 წლის ასაკში არაა საჭირო?“ (ბენეფიციარი,

გურჯაანი). ზოგიერთ შემთხვევაში სკრინინგის ინტერვალებზე წარმოდგენაც მცდარია: „ალბათ 3 თვეში ერთხელ უნდა ჩაიტარო სკრინინგი, არა?“ (ბენეფიციარი, ახალციხე).

ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროდ რჩება ახლობლები და ნაცნობები: „ჩემი დაქალი ამბობდა რომ წლოვანება რაღაც 30 თუ 35 მითხრა ზუსტად არ მახსოვს...“ (ბენეფიციარი, ახალციხე). ეს ადასტურებს, რომ ქალები ხშირად ეყრდნობიან არაოფიციალურ წყაროებს, რაც ზრდის მცდარი ინფორმაციის გავრცელების რისკს.

ბენეფიციარები ასევე ხაზს უსვამენ ექიმის კომუნიკაციისა და ემპათიის მნიშვნელობას. ნდობისა და ემოციური მხარდაჭერის არსებობა მათთვის კრიტიკულია: „გინეკოლოგთან დამყარებული გრძელვადიანი ურთიერთობა, ემპათია და კეთილგანწყობა ქმნის უსაფრთხო და კომფორტულ გარემოს, რაც აიოლებს სკრინინგში ჩართვას... ექიმის თანხმობა ყოფნა ზრდის პაციენტის ემოციურ სტაბილურობას და დადებითად აისახება მონაწილეობაზე.“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი).

ზუგდიდში მონაწილე ამბობდა: „ექიმის არაკომუნიკაბელობა ახდენს პაციენტის კითხვების და საჭიროებების უპასუხოდ დარჩენის გავლენას, რაც შეიძლება გავლენას ახდენდეს პაციენტის ჯანსაღი გადაწყვეტილებების მიღებასა და განწყობაზე.“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი).

ამასთან, ოჯახური ექიმების მიმართ ნდობა განსაკუთრებით მაღალია, რაც მათ დიდ პოტენციალს აძლევს სკრინინგის პოპულარიზაციისთვის: „ოჯახის ექიმებს დიდი პოტენციალი აქვთ სკრინინგის პოპულარიზაციისა და პაციენტებთან კომუნიკაციის გასამართავად... მათი უფრო აქტიური ჩართვა მნიშვნელოვნად გაზრდიდა სკრინინგში ჩართვის დონეს, რადგან ექიმებს პაციენტების მხრიდან ნდობა აქვთ.“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი).

პროვაიდერების ხედვა

პროვაიდერების მოსაზრებით, ტექნიკური უნარები საკმარისია, თუმცა მოსახლეობის ცოდნის დეფიციტი ხშირად ზღუდავს სკრინინგის ეფექტიანობას: „ჩვენთვის სკრინინგის ჩატარება ტექნიკურად პრობლემა არ არის, მაგრამ მოსახლეობას არ აქვს საკმარისი ცოდნა, რომ თავად მოითხოვოს.“ (პროვაიდერი, ახალციხე).

ზუგდიდში ექიმი ხაზს უსვამს უწყვეტი პროფესიული განათლების აუცილებლობას: „სამედიცინო პერსონალს აქვს ცოდნა, მაგრამ მუდმივი განახლება სჭირდება, განსაკუთრებით ახალი მეთოდების და გაიდლაინების მიხედვით.“ (პროვაიდერი, ზუგდიდი).

გარდა ამისა, პროვაიდერების შეფასებით, კომუნიკაციის უნარები ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც კლინიკური კომპეტენციები. „პაციენტთან მუშაობა დიდ უნარს მოითხოვს, რომ აუხსნა რატომაც საჭირო და მოარწმუნო, თორემ ხშირად არ მიდიან.“ (პროვაიდერი, გურჯაანი).

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია ინფორმაციის მიწოდება მარტივ და გასაგებ ენაზე: „იცით, მარტივი ენით ყველაფრის თქმა და ახსნა შეიძლება ყველანაირი მენტალობის ადამიანისთვის.“ (პროვაიდერი, ბათუმი).

რეგიონული და ეთნიკური სპეციფიკა

Capacity კომპონენტში გამოიკვეთა რეგიონული და ეთნიკური სხვაობები. ახალციხეში სომხური ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლებმა განსაკუთრებული დაბნეულობა გამოხატეს ასაკობრივ კრიტერიუმებთან დაკავშირებით, რაც ადასტურებს საჭიროებას, რომ მასალები მოერგოს სხვადასხვა ენობრივ ჯგუფს. სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის ინფორმაციის მიღება განსაკუთრებით რთულია, რადგან მათ ნაკლებად აქვთ წვდომა ოფიციალურ საინფორმაციო არხებზე.

მუშუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესაძლებლობები - Opportunity

შესაძლებლობების კომპონენტი ასახავს იმ სოციალურ და ფიზიკურ გარემოებებს, რომლებიც ხელს უწყობს ან აფერხებს სკრინინგში მონაწილეობის ქცევას. ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების ანალიზმა აჩვენა, რომ როგორც პროვაიდერების, ისე ბენეფიციარების მოსაზრებებით, ეს ფაქტორი ერთ-ერთ გადამწყვეტ როლს ასრულებს.

ფიზიკური შესაძლებლობები – ინფრასტრუქტურა, ტრანსპორტი და გეოგრაფია

ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების მიხედვით, სკრინინგის პროგრამებში ჩართულობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული საცხოვრებელ ადგილზე. ქალაქში მცხოვრები ქალები სერვისს უფრო ხშირად მიმართავენ, რადგან მათთვის ხელმისაწვდომობა მაღალია. სოფლად მცხოვრებებისთვის კი ტრანსპორტის სირთულეები, დროის დეფიციტი და ხარჯები მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს. პროვაიდერების მოსაზრებით, რეგიონული ცენტრები ფუნქციონირებს როგორც „ჰაბები“, თუმცა სოფლებიდან ქალებს მაინც უწევთ მნიშვნელოვანი გზის გავლა.

„ახალციხეც და სოფლებიც თავისთავად, ბორჯომიდანაც, ასპინძიდან, ადიგენიდან მოდიან ჩვენთან სკრინინგზე.“ (პროვაიდერი, ახალციხე)

„ბევრი უკვე აღარ არის, წასულია გურჯაანიდან ან საზღვარგარეთ.“ (პროვაიდერი, გურჯაანი)

„პრობლემები დამეწყო... თუმცა ზუგდიდში ვერ მეუბნებიან ისეთ რომ რარცას ჩავეჭიდოთ და წავედი თბილისში კლინიკაში.“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი)

„ქალაქში უფრო მარტივად შეგიძლია ტესტის გაკეთება, სოფელში კი არ არის ეს შესაძლებლობა ხშირი.“ (ბენეფიციარი, ბათუმი)

„მე იმიტომ გავიკეთე, რომ ქალაქში ვცხოვრობ და აქ უფრო ხელმისაწვდომია. სოფელში რომ ვყოფილიყავი, ალბათ ვერ მოვახერხებდი.“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი)

სოციალური შესაძლებლობები – ექიმების ჩართულობა და კომუნიკაცია

ექიმების აქტიურობა და კომუნიკაციის ხარისხი ერთ-ერთი მთავარი ხელშემწყობი ფაქტორია. ფოკუს ჯგუფებში ქალები არაერთხელ აღნიშნავენ, რომ ოჯახის ექიმები

იშვიათად სთავაზობენ სკრინინგს, რის გამოც ხშირად ვერ იგებენ პროგრამის არსებობის შესახებ. იქ, სადაც ექიმები აქტიურად ხსნიან და რეკომენდაციას იძლევიან, ქალები უფრო მეტად მიდრეკილნი არიან სკრინინგის ჩატარებისკენ. ასევე მნიშვნელოვანია ემპათიური დამოკიდებულება — როდესაც ექიმი უსმენს და პასუხობს ყველა კითხვას, ეს ზრდის ნდობას და ამცირებს შიშს.

„ოჯახის ექიმს არ უხსენებია რომ არსებობს ესეთი პროგრამა (კიბოს სკრინინგის).“ (ბენეფიციარი, ბათუმი)
„გუშინ ვიყავი გინეკოლოგთან... მაგრამ სკრინინგი არასოდეს არ შემოუთავაზებია.“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი)
„ექიმთან რომ მივდივარ ბევრ კითხვას ვსვამ... იმიტომ მომწონს, რომ მისმენს ყველანაირად. ჯერ ერთი რომ ვმშვიდდები, ძალიან მშიშარა ვარ.“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი)

სისტემური შესაძლებლობები – პოლიტიკა, ინტერვალები და ორგანიზებული მოწვევა

სისტემური რეგულაციები ასევე მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჩართულობას. პროვაიდერების შეფასებით, სკრინინგის ინტერვალების სიგრძე (3–5 წელი) ამცირებს პაციენტების ნაკადს, რადგან ქალები იშვიათად ბრუნდებიან გამოკვლევაზე. ასევე, ოჯახური ექიმების როლის შესუსტებამ შეამცირა პაციენტების სისტემური მიმართვა. იმავდროულად, იქ სადაც ორგანიზებული მოწვევა და შემდგომი კომუნიკაცია არსებობს, ეს ქალებში უსაფრთხოების განცდას ზრდის და მოტივაციას აძლიერებს.

„სამი წელი არის ძალიან დიდი შუალედი გამოკვლევისთვის... ეხლა აპვ ტესტები რომ დაიწყეს, საერთოდ ხუთი წელი გახადეს... ამანაც ძალიან შეამცირა სკრინინგზე მოსვლა.“ (პროვაიდერი, გურჯაანი)
„კიდევ ერთი მიზეზი არის, რომ ოჯახის ექიმები არ არიან დიდად მაინცდამაინც ჩართულები (სკრინინგში).“ (პროვაიდერი, გურჯაანი)
„აქვე ავლნიშნავ, რომ როცა არის რაიმე პათოლოგიური პასუხი ჩვენ აუცილებლად ვუკავშირდებით.“ (პროვაიდერი, გურჯაანი)

დემოგრაფიული და რეგიონული სპეციფიკა

რეგიონული განსხვავებები: ქალაქებში სერვისზე წვდომა ბევრად მაღალია, ვიდრე სოფლად. სოფლად მცხოვრებ ქალებს ხშირ შემთხვევაში მოუწევთ დიდი დისტანციის გავლა და დამატებითი ხარჯების გაწევა.

მიგრაცია: გურჯაანში მოსახლეობის გადინებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა სკრინინგში მონაწილე ქალების რიცხვი.

ასაკობრივი განსხვავება: ბენეფიციართა შორის უფრო ასაკოვანი ქალები სკრინინგს უფრო მეტად მიმართავენ, ახალგაზრდებში კი ეს ნაკლებად აქტუალურია, თუმცა ეს უფრო მოტივაციის - Motivation კომპონენტზე აისახება.

მოტივაციის კომპონენტი მოიცავს როგორც შინაგან ემოციურ ფაქტორებს (Automatic Motivation), ისე გაცნობიერებულ დამოკიდებულებებსა და რწმენებს (Reflective Motivation), რომლებიც გავლენას ახდენს ქალების გადაწყვეტილებაზე ჩაერთონ თუ არა სკრინინგის პროგრამებში. კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ ქალების ქცევას ხშირად განაპირობებს შიში და გადადების ტენდენცია, თუმცა ამავდროულად ჩანს სურათი, სადაც არსებობს ძლიერი მოტივატორებიც — პრევენციის მნიშვნელობის აღქმა, ოჯახის მიმართ პასუხისმგებლობის განცდა და სკრინინგისადმი ნდობა, რომელიც დადებით გამოცდილებასთანაა დაკავშირებული. პროვაიდერებისა და ბენეფიციარების მოსაზრებები კარგად წარმოაჩენს მოტივაციის როგორც დამაბრკოლებელ, ისე ხელშემწყობ როლს.

შიში და ემოციური ფაქტორები (Automatic Motivation)

ქალების მნიშვნელოვანი ნაწილი სკრინინგზე წასვლას გადადებს ან თავს არიდებს დიაგნოზის შესაძლო აღმოჩენის შიშის გამო. ეს შიში ასოცირდება როგორც დაავადების აღმოჩენის საფრთხესთან, ასევე სამედიცინო პროცედურისადმი უნდობლობასთან.

„მე, მაგალითად, მაქვს იმის შიში რომ საბოლოოდ რაიმე ისეთი არ მითხრან, რომ მერე ნერვიულობა რომ დავიწყო. ალბათ ეს ფაქტორია, რომ არ მაწუხებს აგერ არ მივდივარ.“ (ბენეფიციარი, ბათუმი)

„ემინათ. შიში – არ მითხრან რამე ცუდი. აქაც ბევრი შრომა გვიწევს, მაგრამ ვიცით, მაინც მიიყვანს ექიმთან პაციენტს დაავადება.“ (პროვაიდერი, ბათუმი)

„თუმცა შიშის ფაქტორი მაინც რჩება. აი მყავს პაციენტი, ორი თვეა საბიოფსიოა, მაგრამ ეხლა მოვიდა რადგან კიდევ გაიზარდა.“ (პროვაიდერი, ზუგდიდი)

რეფლექსიური მოტივაცია – პრევენციისა და პასუხისმგებლობის აღქმა

ბევრი ქალი აცნობიერებს სკრინინგის აუცილებლობას და მას პრევენციის მექანიზმად მიიჩნევს. ზოგიერთისთვის სკრინინგში მონაწილეობა უკავშირდება პასუხისმგებლობას არა მხოლოდ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, არამედ ოჯახის კეთილდღეობაზეც. მიუხედავად ამისა, ყოველთვის არ ხდება ამ ცნობიერების ქცევაში გარდაქმნა.

„ვეფიქრობ უფრო მეტი სამუშაოა შესასრულებელი იმისთვის, რომ ადამიანები დავარწმუნოთ ჯანმრთელ მდგომარეობაში სკრინინგზე მისვლის აუცილებლობაში.“ (პროვაიდერი, ბათუმი)

„ქალმა ყოველთვის უნდა გააკეთოს. დაავადება არის, არ არის, მაგისთვისაა ეს სკრინინგი.“ (ბენეფიციარი, ახალციხე)

„მე მგონია, რომ ეს ისეთი პრობლემაა ქალებში, რომ მერე რამე ისეთი არ გამოიწვიოს, აუცილებელია დაისკრინონ... შენ უნდა გაუფრთხილდე შენს თავს და მერე ირგვლივ მყოფებსაც.“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი)

„სკრინინგში პირველივე დღეებიდან ვარ ჩართული... ყოველდღე რწმუნდები იმაში, რომ ყველაზე სწორი ეს არის მიმართულება – სკრინინგი ჩაიტარო დროულად.“ (პროვაიდერი, ზუგდიდი)

დადებითი გამოცდილება და შედეგიანობის აღქმა

მოტივაციის ხელშემწყობი ფაქტორია წარსული პოზიტიური გამოცდილება. სკრინინგის გავლა ქალებში ქმნის სიმშვიდესა და უსაფრთხოების განცდას, ხოლო პროვაიდერები ხაზს უსვამენ, რომ დროული სკრინინგი ხშირ შემთხვევაში სიცოცხლის გადარჩენას უწყობს ხელს.

„სკრინინგის დიდი დამსახურებაა, რასაც მე ვხედავ ამ წლების განმავლობაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან მიმართებაში ნამდვილად შემცირდა შემთხვევების რაოდენობა.“ (პროვაიდერი, ბათუმი)

„ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, რომ წელიწადში რვა თვე გასული იყო მამოგრაფიიდან და უკვე ჩამოყალიბებული სიმსივნით მოვიდა. მაგრამ იყო 3 მილიმეტრიანი, ჩაუტარდა მკურნალობა და დღეს ჯანმრთელია.“ (პროვაიდერი, ზუგდიდი)

„სკრინინგიდან რომ გამოვედი მამოლოგთან ვერ მივედი... მეუღლე რომ არა, ალბათ მოსასულიერებელი ვიქნებოდი. სირცხვილის გრძნობაა ხომ გესმით... ეს არ შეიძლება ექიმთან.“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი)

ასაკობრივი და დემოგრაფიული განსხვავებები

მოტივაციის კომპონენტში ფიქსირდება ასაკობრივი სხვაობებიც. პროვაიდერების და ბენეფიციარების შეფასებით, სკრინინგში უფრო მეტად მონაწილეობენ საშუალო და უფროსი ასაკის ქალები, მაშინ როცა ახალგაზრდები ნაკლებად აქტიურობენ. გარდა ამისა, ეთნიკური უმცირესობების ჯგუფებში ინფორმირებულობის ნაკლებობა და სკეპტიციზმი უფრო თვალსაჩინოა.

„უფრო 45–55 წლის ქალბატონები დადიან სკრინინგზე, რასაც ვაკვირდები. ახალგაზრდები ნაკლებად.“ (პროვაიდერი, ახალციხე)

„ქალი ასაკში რომ შედის, მაშინაა მეტი ყურადღება საჭირო... ამიტომაც, რომ 50 წლის შემოთ ხშირია მომართვიანობა.“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი)

„კლიმაქსის შემდგომ ჰგონიათ ასევე ქალბატონებს, რომ არაფერი არ უნდა შეიმოწმო.“ (პროვაიდერი, ზუგდიდი)

ქცევითი ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები COM-B მოდელის მიხედვით

ხარისხობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარებული ფოკუს ჯგუფებისა და სიღრმისეული ინტერვიუების ანალიზმა ცხადყო, რომ კიბოს სკრინინგში ჩართულობაზე ერთდროულად მოქმედებს როგორც ინდივიდუალური ცოდნისა და მოტივაციის, ასევე სოციალური და სისტემური გარემოს ფაქტორები. მონაწილეთა გამოცდილებისა და აღქმების საფუძველზე იდენტიფიცირდა როგორც ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლის დროულ ჩართვას სკრინინგში, ისე ხელშემწყობი ფაქტორები, რომლებიც ზრდის ქალების აქტიურობას. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი აერთიანებს ოთხი რეგიონის (გურჯაანი, ახალციხე, ბათუმი, ზუგდიდი) ტრანსკრიპტების ანალიზს COM-B ჩარჩოს მიხედვით და ასახავს ყველაზე მნიშვნელოვან ქცევით და სისტემურ მიგნებებს.

ცხრილი 12 . კიბოს სკრინინგის ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები COM-B მოდელის მიხედვით (ხარისხობრივი მონაცემების გაერთიანებული ანალიზი)

COM-B კომპონენტი	ბარიერები	ხელშემწყობი ფაქტორები
Capability (უნარი/ცოდნა)	- დაბალი ცოდნა სკრინინგის მიზნის, ინტერვალებისა და ასაკობრივი კრიტერიუმების შესახებ (ბენეფიციარები ხშირად ფიქრობდნენ, რომ სკრინინგი მხოლოდ სიმპტომებისას კეთდება). - ექვი სკრინინგის სანდოობაზე („მამოლოგის პასუხი არ დაემთხვა სკრინინგის შედეგს“). - დაბნეულობა კლიმაქსის პერიოდში კვლევის სიზუსტესთან მიმართებით.	- სწორი და მარტივი ენით ახსნა („მარტივი ენით შეიძლება ყველასთვის თქმა“). - ვიზუალური მეთოდების გამოყენება (ხატვა, ფლაერები) ინფორმაციის გასაგებად. - ინფორმაციის მიღება ახლობლისგან ან ექიმისგან ზრდის ნდობას.
Opportunity – Physical	- გეოგრაფიული ბარიერები, ტრანსპორტის სირთულე, სოფლის ქალების სამუშაო დატვირთვა. - პანდემიის დროს ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა. - რეგულარული მიწვევისა და შეხსენების სერვისის ნაკლებობა.	- უფასო სერვისი როგორც მნიშვნელოვანი სტიმული. - გასვლითი/მობილური სერვისები მაღალმთიან რეგიონებში. - ადმინისტრაციული გამარტივება (რიგის გარეშე, ადგილზე რეგისტრაცია). - პათოლოგიური პასუხის შემთხვევაში კლინიკის მხრიდან აქტიური უკუკავშირი.
Opportunity – Social/System	- ოჯახის ექიმების დაბალი ჩართულობა და რეკომენდაციის არქონა („ოჯახის ექიმს არ უთქვამს“). - უნდობლობა ექიმების მიმართ (ფასიანი სერვისის ინტერესები). - სტიგმა და უხერხულობა, განსაკუთრებით საშვილოსნოს ყელის სკრინინგთან.	- ოჯახის ექიმისა და სანდო პროფესიონალის რეკომენდაცია ძლიერად მოქმედებს. - კოლეგა ექიმებს შორის კოორდინაცია („ერთი ორგანო რომ შეიმოწმა, მეორეც მისია“). - სოციალური მხარდაჭერა და ახლობლის წახალისება (განსაკუთრებით ეთნიკურ ჯგუფებში).
Motivation – Reflective	- სკრინინგი აღიქმება საჭირო მხოლოდ სიმპტომებისას	- სკრინინგის ეფექტიანობის გაცნობიერება („პათოლოგიები დროულად გამოვლინდა“).- წარსული

	(„როდესაც გაუჭირდებათ მაშინ მიდიან“). - სკეპტიციზმი ხანგრძლივ ინტერვალებთან დაკავშირებით (3–5 წელი ძალიან გრძელია). - ექიმის არაწარმატებული კომუნიკაცია ან უბეში დამოკიდებულება ამცირებს მოტივაციას.	გამოცდილება და გადარჩენის შემთხვევები ამაღლებს მოტივაციას.- პროგრამისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება („ეს არის ადამიანის გადარჩენისათვის ღონისძიება“).
Motivation – Automatic	- შიში ცუდი დიაგნოზის მიღების („ვაი, რამე არ აღმომაჩნდეს“). - უხერხულობისა და სირცხვილის განცდა, განსაკუთრებით მამაკაცი ექიმის წინაშე.- პანდემიის დროს კოვიდთან დაკავშირებული შიში.	- სკრინინგის შემდეგ შვებისა და კმაყოფილების განცდა („უი, რა უმტკივნეულო ყოფილა“). - რეალური ისტორიების ეფექტი („სანათესაოთ ერთობლივად ჩაიტარა“). - პოზიტიური ემოციური გამოცდილება მომავალში ქცევის გამეორების სტიმულად.

დასკვნები და რეკომენდაციები

I. ქცევა - Behavior

ქცევის კომპონენტი მოიცავს როგორც ბენეფიციარების რეალურ პრაქტიკას (სკრინინგში მონაწილეობის სიხშირეს), ასევე პროვაიდერებისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ქცევას, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პაციენტების ინფორმირებაზე, გადამისამართებასა და შედეგების კონტროლზე. კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ სკრინინგის მოცვა დაბალია, მონაწილეობა ხშირად ერთჯერადია და დამოკიდებულია კონკრეტულ გარემოებებზე, როგორიცაა ექიმის რჩევა, აქციები ან სიმპტომების გამოვლენა. ამასთან, პროვაიდერების მხრიდან პაციენტთა გადამისამართება და შედეგების მონიტორინგი ფრაგმენტულად და არათანაბრად ხორციელდება, რაც კიდევ უფრო ამძაფრებს სისტემურ პრობლემებს.

1.1. კიბოს სკრინინგის დაბალი მოცვის მსგავსი ტენდენცია მოსახლეობასა და პჯდ მედპერსონალში

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით - მკაფიოა, რომ სკრინინგის მოცვა პჯდ მედპერსონალსა და მოსახლეობასი დაბალია და რეგულარული ჩართულობა მინიმალურია. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობა ოდესმე აქვს მიღებული პჯდ მედპერსონალის მხოლოდ 61.8%-ს, ხოლო ძუძუს კიბოს სკრინინგში – 71.2%-ს. თუმცა ბოლო 0–3 წლის განმავლობაში მონაწილეობის მაჩვენებელი 26.9% და 35.3%-ს არ აღემატება. ორივე სკრინინგის შემთხვევაში, პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ნახევარზე მეტის (ძუძუს კიბოსთან მიმართებით 44.1%, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან 48.6%) შეფასებით მათი პაციენტების 10%-ზე ნაკლებია ოდესმე ჩართული სკრინინგში, რაც ადასტურებს ძალიან დაბალ მოცვას და რეგულარული მონაწილეობით ხასიათის არარსებობას.

ხარისხობრივი კვლევის მიგნებები ადასტურებს რაოდენობრივ მონაცემებს იმის შესახებ, რომ სკრინინგში ჩართულობა დაბალია და უმეტესად ერთჯერად ხასიათს ატარებს, ამასთანავე გვთავაზობს დამატებით სიღრმისეულ ხედვას :

- ✚ ქალები სკრინინგში მონაწილეობენ კონკრეტულ სიტუაციებში, შემთხვევითი გარემოებების შედეგად. ბენეფიციარების ნაწილი აღნიშნავს, რომ სკრინინგზე მისვლა დაკავშირებულია ექიმის რჩევასთან ან სპეციალურ აქციებთან — „*სისტემატურად არ დავდივარ, მხოლოდ ექიმის რჩევით ან აქციის დროს მივედი*“ (ბენეფიციარი, ახალციხე).
- ✚ სერვისის მიმწოდებლების დაკვირვებით, პაციენტები უფრო ხშირად მოდიან მაშინ, როცა უკვე აქვთ სიმპტომი ან კონკრეტული ჯანმრთელობის პრობლემა — „*ადამიანები ელოდებიან ავად გახდომას, პრობლემას, და მერე მიდიან ექიმთან*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ბათუმი), მაშინ როცა პროფილაქტიკის მიზნით რეგულარული ჩართულობა იშვიათია.
- ✚ რეგიონული განსხვავებებიც გამოიკვეთა: ქალაქებში ჩართულობა შედარებით მაღალია, ვიდრე სოფლად, სადაც მოსახლეობის მიგრაცია და ფიზიკური წვდომის სირთულე

დამატებით ზღუდავს რეგულარულ მონაწილობას — „*ბევრი უკვე აღარ არის, წასულია გურჯაანიდან ან საზღვარგარეთ*“ (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი). ზოგიერთმა პროვაიდერმა პირდაპირ აღნიშნა: „*სულ 10–15% პროცენტია ალბათ ვინც იტარებს სკრინინგს გურჯაანში*“ (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი), მაშინ როცა დიდ ქალაქებში მაჩვენებელი ოდნავ უფრო მაღალია.

- ✚ დროის ჭრილშიც იკვეთება ტენდენცია, რომ სკრინინგში ჩართვა ხშირ შემთხვევაში ერთჯერადია და შემდგომი ვიზიტები აღარ ხორციელდება. როგორც ერთმა ქალმა აღნიშნა: „*ერთხელ გავიკეთე, მერე აღარ მივდივარ, რადგან არაფერი მაწუხებს*“ (ბენეფიციარი, ბათუმი), რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს პროგრამის ეფექტიანობას.

1.2. პჯდ მედპერსონალში საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს სკრინინგის მოცვის განსხვავებული ტენდენცია და მსგავსი ბარიერები

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით - ძუძუს კიბოს სკრინინგის მაჩვენებლები ყველა კომპონენტში უფრო მაღალია, ვიდრე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის. განსაკუთრებით დიდი განსხვავებაა მომავალში სკრინინგის ჩატარების გეგმაში (85.9% vs 66.3%), თუმცა ბარიერების ხასიათი ორივეგან მსგავსია. მთავარი თვითგანცხადებული პრობლემაა დაბალი აღქმა საჭიროების შესახებ („*სიმპტომების არ მქონდა*“) და პრაქტიკული ხელმისაწვდომობის ბარიერები (დრო, მანძილი, მოწვევა).

ხარისხობრივი კვლევის მიგნებები ადასტურებს რაოდენობრივ მონაცემებს.

- ✚ ბენეფიციარები ხშირად ამბობენ, რომ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგისადმი მიდგომა ნაკლებად აქტიურია, რადგან არ აღიქმება როგორც გადაუდებელი პროცედურა: „*ექიმთან მივდივარ, მაგრამ პაპ-ტესტი არასოდეს შემისრულებია, არავის დაუნიშნავს*“ (ბენეფიციარი, ბათუმი). ამის ფონზე, ძუძუს სკრინინგში მეტი მოტივაცია ფიქსირდება, რადგან ქალები საკუთარი გამოცდილებით ან ახლობლების შემთხვევებით უფრო ხშირად აღიქვამენ სარისკოდ — „*მკერდში რომ პრობლემა აღმომაჩნდა, მაშინ მივხვდი, აუცილებელია სკრინინგი*“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი).
- ✚ პროვაიდერების დაკვირვებებიც ასახავს მსგავს ტენდენციას: ძუძუს სკრინინგზე მოსახლეობის გამოხმაურება ოდნავ უკეთესია, ვიდრე საშვილოსნოს ყელზე, თუმცა საერთო მოცვა მაინც დაბალია. ერთმა ექიმმა აღნიშნა: „*გურჯაანში სულ 10–15% მოდის სკრინინგზე... ცოტათი მეტი ძუძუს კიბოზე, მაგრამ მაინც ძალიან დაბალია*“ (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი).
- ✚ ბარიერების მხრივ, ორივე ტიპის სკრინინგში დომინირებს დაბალი აღქმა საჭიროების შესახებ — „*თუ არაფერი მაწუხებს, რა საჭიროა?*“ (ბენეფიციარი, ბათუმი) და პრაქტიკული ხელმისაწვდომობის სირთულეები: დროის დეფიციტი, მანძილი, ან მიწვევის არქონა. ექიმებიც ხაზს უსვამენ, რომ პაციენტების დიდ ნაწილს მხოლოდ სიმპტომის გაჩენისას მიაჩნია საჭირო ექიმთან მისვლა — „*ადამიანები ელოდებიან ავად გახდომას და მერე მიდიან*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ბათუმი).

1.3. პჯდ მედპერსონალის მიერ პაციენტთა სკრინინგში ჩართვის როლისა და შესაძლებლობების მაღალი აღქმა და პაციენტთა რეკომენდაციისა და გადამისამართების იშვიათი პრაქტიკა

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით - პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის როლი კიბოს სკრინინგში არსებითია, და კვლევის შედეგებიც აჩვენებს, რომ მათი აღქმა და თვითშეფასება ამ პროცესში საკმაოდ მაღალია. უმრავლესობა ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება, რომ მათი სამუშაოს ნაწილია პაციენტებისთვის სკრინინგის შესახებ რეკომენდაციის მიცემა და გადამისამართება, ასევე მიიჩნევენ, რომ საკმარისი ცოდნა და ინფორმაცია გააჩნიათ. თუმცა პრაქტიკაში ეს სურათი მნიშვნელოვნად განსხვავებულია: ბოლო ერთი თვის განმავლობაში პაციენტთა 10%-ზე ნაკლებს გადაამისამართა 39.2%-მა, ხოლო 75%-ზე მეტს მხოლოდ 4.9%-მა, მაშინ როცა 10.5%-მა საერთოდ არ განახორციელა რეკომენდაცია. კონტროლის მექანიზმებიც არასისტემურია — სკრინინგის ჩატარებასა და შედეგების მიღებას „ყოველთვის“ მხოლოდ 22.8% აკონტროლებს, „ხშირად“ კი 42%, დანარჩენ შემთხვევაში კი კონტროლი იშვიათია ან საერთოდ არ ხდება. ეს მიუთითებს თვითშეფასებასა და რეალურ პრაქტიკას შორის არსებულ აშკარა აცდენაზე.

ხარისხობრივი კვლევის შედეგები ადასტურებს რაოდენობრივი მონაცემებით გამოვლენილ აცდენას პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის თვითშეფასებასა და რეალურ ქცევას შორის.

- ✚ როგორც ფოკუს ჯგუფების ბენეფიციარები ხშირად აღნიშნავდნენ, ოჯახის ექიმები იშვიათად ახსენებენ სკრინინგის პროგრამას ან არ მიმართავენ აქტიურ გადამისამართებას: „*ოჯახის ექიმს არ უხსენებია, რომ არსებობს ესეთი პროგრამა*“ (ბენეფიციარი, ბათუმი). მსგავსი გამოცდილება დაფიქსირდა ახალციხეშიც, სადაც ქალები ამბობდნენ, რომ ექიმები ძირითადად მკურნალობაზე კონცენტრირდებიან, ხოლო სკრინინგზე ინფორმაცია ნაკლებად აქვთ მიწოდებული.
- ✚ პროვაიდერებთან ჩატარებული ინტერვიუებიც ადასტურებს ამ სურათს: ბევრი ექიმი საკუთარ როლს მაღალ მნიშვნელობას ანიჭებს, თუმცა პრაქტიკაში პაციენტთა აქტიური გადამისამართება და რეკომენდაციების სისტემური მიცემა ხშირად არ ხდება. ერთ-ერთმა ექიმმა აღნიშნა: „*ადამიანები თვითონ არ მოდიან, ჩვენ ვეუბნებით, მაგრამ ყოველთვის ვერ ვასწრებთ ყველასთან დეტალურად საუბარს*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ბათუმი).
- ✚ გურჯაანში სერვისის მიმწოდებელმა აღწერა, რომ მიუხედავად რეგისტრაციისა და ბენეფიციართა მოწვევის პროცესისა, პაციენტების რეალური ჩართვა ძალიან დაბალია, ხოლო კონტროლი და შედეგების მონიტორინგი ძირითადად მხოლოდ მაშინ ხორციელდება, როცა პათოლოგიური პასუხია: „*აქვე ავღნიშნავ, რომ როცა არის რაიმე პათოლოგიური პასუხი, ჩვენ აუცილებლად ვუკავშირდებით, მაგრამ დანარჩენ შემთხვევაში ბევრს ვერ ვაკონტროლებთ*“ (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი).

1.4. პჯდ მედპერსონალის კიბოს სკრინინგის რეკომენდაციებისა და გადამისამართების სტრატეგიები არასრულად პასუხობს სკრინინგის ბარიერებს

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით - ბარიერების თვალსაზრისით, ექიმები ყველაზე ხშირად პაციენტების უარყოფით დამოკიდებულებასა და შიშს (47.5%), დროის სიმცირეს (22.8%) და სერვისებზე წვდომის სირთულეს (18.9%) ასახელებენ. მათ მიერ გამოყენებული კომუნიკაციური სტრატეგიები — ადრეული აღმოჩენის სარგებლის ხაზგასმა (33.4%) და სკრინინგში არმონაწილეობის რისკების ახსნა (24.8%) — ნაწილობრივ პასუხობს ამ გამოწვევებს, თუმცა არსებული ბარიერების კომპლექსურობიდან გამომდინარე, ეს მიდგომები სრულად ადეკვატურად ვერ გადაჭრის პრობლემას. შესაბამისად, საჭირო ხდება უფრო კომპლექსური, სისტემური და პაციენტზე მორგებული მიდგომების განვითარება.

ხარისხობრივი კვლევის შედეგები ადასტურებს რაოდენობრივ სურათს, რომ ოჯახის ექიმების მიერ გამოყენებული კომუნიკაციური სტრატეგიები მხოლოდ ნაწილობრივ პასუხობს პაციენტების ბარიერებს.

- + პროვაიდერები ხაზს უსვამენ, რომ ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი დაბრკოლება პაციენტებში არის შიში და ნეგატიური ემოციები: *„ემინიათ, არ მითხრან რამე ცუდი... ბოლოს მაინც დაავადება მიიყვანს ექიმთან“* (სერვისის მიმწოდებელი, ბათუმი). ასევე ხშირია დროის დეფიციტი და პრიორიტეტების გადადება, რასაც ექიმები უშუალოდ პაციენტების ყოველდღიურ ცხოვრებას უკავშირებენ.
- + სტრატეგიების მხრივ, ოჯახის ექიმები ძირითადად ორი გზით ცდილობენ ქალების დარწმუნებას: სკრინინგის სარგებლის ხაზგასმით და რისკების ახსნით. თუმცა, ბენეფიციარების ნარატივები ცხადყოფს, რომ ეს მიდგომა ყოველთვის საკმარისი არ არის. ერთ-ერთმა ქალმა აღნიშნა: *„ექიმმა მითხრა, ჯობია დროულად გაიკეთო, მაგრამ მაინც ვერ წავედი – დრო არ მქონდა და ვერ მოვახერხე“* (ბენეფიციარი, ბათუმი).
- + გურჯაანში სერვისის მიმწოდებლები ამბობდნენ, რომ მხოლოდ ინფორმაციის მიწოდება არ კმარა, საჭიროა პაციენტების ინდივიდუალური მოტივაციის გათვალისწინება და უფრო კომპლექსური მიდგომა: *„ხშირად ვეუბნებით, რომ უნდა გაიკეთონ, მაგრამ მათი რეალური პრობლემები – დრო, მიგრაცია, ფინანსები – მაინც ხელის შემშლელია“* (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი).

1.5 პჯდ პერსონალის სკრინინგში მონაწილეობის ქცევასთან ასოხირებული ფაქტორები (მულტივარიაციული კვლევის შედეგები)

რაოდენობრივი კვლევის მულტივარიაციული ანალიზის შედეგად ირკვევა, რომ როგორც საშვილოსნოს ყელის, ისე ძუძუს კიბოს სკრინინგის ქცევა მჭიდროდ უკავშირდება COM-B მოდელის სამივე კომპონენტს.

უნარები (Capability): საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში ჩართულობის ალბათობა მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო იმ მედპერსონალში, ვინც **ფლობდა სწორ ცოდნას** სკრინინგის სარგებელზე და არ იზიარებდა მოსაზრებას, რომ ტესტირება საჭიროა მხოლოდ სიმპტომების არსებობისას. ეს მიგნება ხაზს უსვამს ცოდნის კრიტიკულ როლს ქცევის განმსაზღვრელად. ხარისხობრივ მონაცემებშიც იგივე ტენდენცია გამოიკვეთა: *„თუ არაფერი მაწუხებს, არ მივდივარ, სიმპტომის გარეშე საჭირო არ არის“* (ბენეფიციარი, ბათუმი).

მოტივაცია (Motivation): ორივე ორივე სკრინინგის შემთხვევაში მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მოტივაციური ფაქტორები. ისინი, ვინც არ იზიარებდნენ მცდარ რწმენას, რომ სკრინინგი მხოლოდ სიმპტომების დროს არის საჭირო, გაცილებით უფრო ხშირად მონაწილეობდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში. ამასთან, ძუძუს კიბოს სკრინინგში განსაკუთრებით გამოიკვეთა ემოციური ბარიერები, რომლებიც უკავშირდება უხერხულობასა და დისკომფორტს. ისინი, ვინც არ განიცდიდნენ ასეთ დისკომფორტს, სკრინინგში თითქმის სამჯერ უფრო ხშირად მონაწილეობდნენ. ეს ტენდენცია მკაფიოდ იკვეთება ხარისხობრივი კვლევის შედეგებშიც: *„უხერხულობის მომენტიცაა... გინეკოლოგიური პროცედურის გამო არ თანხმდებიან“ (გუჯანი ფჯ – სერვისის მიმწოდებელი).* „სკრინინგის დროს იმდენად არაკომფორტულად ვიგრძენი თავი, რომ აღარ მინდა განმეორებით წასვლა“ (ბენეფიციარი, ბათუმი). *„ნუ უხერხულობის მომენტი, გაიხადოს და დაწვეს კრესლოზე“ (ახალციხე ინტერვიუ – სერვისის მიმწოდებელი).* მსგავსი განცდები მიუთითებს, რომ უხერხულობა და სირცხვილი ერთ-ერთ უმთავრეს ბარიერად რჩება, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს სკრინინგში რეგულარულ მონაწილეობას.

შესაძლებლობა (Opportunity): წარსულში ოჯახის ექიმისგან მიღებულ წახალისებას ან ინფორმაციას დადებითი კავშირი ჰქონდა სკრინინგში ჩართულობასთან. როგორც რაოდენობრივმა, ისე ხარისხობრივმა მიგნებებმა აჩვენა, რომ ექიმებისა და მედპერსონალის მხარდაჭერა — მათ შორის რეკომენდაცია, ინფორმაციის მიწოდება და გამხმევება — მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სკრინინგში მონაწილეობას და თითქმის ორჯერ ზრდის მის ალბათობას ტავად მედპერსონალშიც კი. ერთ-ერთმა ბენეფიციარმა აღნიშნა: *„ექიმის სიტყვამ გამახმევა, რომ საჭიროა, და დავთანხმდი ტესტზე წასვლას“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი).*

ქცევა (Behaviour): საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში ჩართულობის დონე მკაფიოდ აისახა თავად მედპერსონალის პირად პრაქტიკაზე: იმ დაწესებულებებში, სადაც პაციენტების უფრო დიდი წილი მონაწილეობდა სკრინინგში, პროვაიდერები თავადაც უფრო ხშირად იყვნენ ჩართულნი. ანალიზმა აჩვენა, რომ იმ პროვაიდერებში, რომელთა პაციენტთა მეოთხედზე მეტს ჩატარებული ჰქონდა სკრინინგი, ექიმების კიბოს სკრინინგში ჩართულობის ალბათობა თითქმის ორჯერ მაღალი იყო შედარებით იმ შემთხვევებთან, სადაც პაციენტთა მონაწილეობა დაბალ დონეზე რჩებოდა. ეს მიუთითებს ორმხრივ გავლენაზე: პაციენტების აქტიურობა ხელს უწყობს სკრინინგის ნორმად დამკვიდრებას და ამით ზრდის პროვაიდერების ჩართულობას, ხოლო ექიმების პირადი გამოცდილება აძლიერებს მათ უნარს უფრო დამაჯერებლად წახალისონ პაციენტები, რაც საბოლოოდ ქმნის ურთიერთგაძლიერების ეფექტს.

გარდა ამისა, ქცევის ანალიზმა ცხადყო, რომ ერთ სკრინინგში ჩართულობა მნიშვნელოვნად ზრდის სხვა სკრინინგშიც მონაწილეობის შანსს, რაც მიუთითებს ქცევის კუმულაციურ ეფექტზე. რაოდენობრივი მონაცემებით, ქალები, რომლებსაც უკვე ჩატარებული ჰქონდათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, დაახლოებით ათჯერ უფრო მეტად მონაწილეობდნენ ძუძუს სკრინინგში, ვიდრე ისინი, ვისაც მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონდათ. ეს შედეგი მიგვანიშნებს, რომ სკრინინგში მონაწილეობა არ არის ერთჯერადი ქცევა – ის ქმნის საფუძველს სხვა პრევენციულ ქმედებებში ჩართვისთვისაც. ამ პროცესს ხელს უწყობს ექიმების შესაძლებლობა ადგილზე შესთავაზონ და დაარწმუნონ პაციენტი

მეორე სკრინინგის ჩატარებაში: „ექიმებს შორის გვაქვს კომუნიკაცია... ავუხსნია, რომ ერთი ორგანო რომ შეიმოწმა, მეორეც მისია“ (გურჯაანი, სერვისის მიმწოდებლები).

II. უნარები - Capability

სკრინინგში მონაწილეობის უნარები განისაზღვრება როგორც ცოდნითა და ინფორმირებულობით, ასევე პროვაიდერების პროფესიული კომპეტენციებითა და კომუნიკაციის უნარებით. კვლევამ აჩვენა, რომ როგორც ბენეფიციარებში, ისე მედპერსონალში იკვეთება ცოდნის ხარვეზები და მცდარი წარმოდგენები სკრინინგის ასაკობრივ კრიტერიუმებსა და ჩატარების სიხშირეზე. მოსახლეობის ნაწილს ინფორმაცია ახლობლებისა და ნაცნობების გამოცდილებაზე ეყრდნობა, რაც ზრდის მცდარი წარმოდგენების გავრცელების რისკს. მედპერსონალის ცოდნა ზოგადად უფრო მაღალია, თუმცა ხშირად არასრულია ასაკობრივი ჯგუფების, ინტერვალებისა და ტესტების ტიპების შესახებ. ოჯახის ექიმებს, მაღალი ნდობის გამო, შეუძლიათ იქცნენ სკრინინგის მთავარ პოპულარიზატორებად, თუ უზრუნველყოფილი იქნებიან საჭირო ინსტრუმენტებითა და მხარდაჭერით.

1.1. ინფორმირებულობისა და პრაქტიკული ცოდნის შეუსაბამობა პჯდ პერსონალსა და მოსახლეობაში

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით რესპონდენტთა უდიდეს ნაწილს მიაჩნია, რომ ფლობს საკმარის ინფორმაციას სკრინინგზე ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად (72.2% ეთანხმება და 24.2% სრულიად დარწმუნებულია) და ასევე კარგად არის ორიენტირებული, სად და როგორ უნდა მიმართოს სკრინინგის გასავლელად (67.3% ეთანხმება და 27.8% სრულიად ეთანხმება). თუმცა, დეტალურ საკითხებში ცოდნა აშკარად არასაკმარისია: ორივე ტესტის (პაპ და აპვ) ერთად დასახელება შეძლო მხოლოდ 19.5%-მა, ძუძუს სკრინინგის რეკომენდებული სიხშირე სწორად მიუთითა 55.9%-მა, ხოლო სკრინინგის დაწყების ასაკზე შეცდომა ჰქონდა თითქმის ყოველს მეხუთეს (27.3%). ეს მიგნება მიუთითებს, რომ მიუხედავად მაღალი თვითშეფასებისა და ზოგადი ინფორმირებულობისა, პრაქტიკული ცოდნის ხარვეზები შესაძლოა ზღუდავდეს სკრინინგის სწორად დანერგვასა და პაციენტთა ეფექტიანად მიმართულებას.

ასევე, მედპერსონალის შეფასებით, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების უმეტესობა ინფორმირებულია სკრინინგის უფასო სახელმწიფო პროგრამის შესახებ და ზოგადად მიიჩნევს მას მნიშვნელოვანად, ფაქტობრივი მონაწილეობა დაბალია: ექიმების თქმით, პაციენტთა თითქმის ნახევარს სკრინინგში ჩართულობა 10%-ზე ნაკლები აქვს, ხოლო 50%-ზე მეტი ჩართულობა იშვიათად ფიქსირდება. ეს მიუთითებს ცნობიერებასა და რეალურ ქცევას შორის არსებულ ნაპრალებზე.

ხარისხობრივი კვლევის მონაცემები ნათლად ადასტურებს რაოდენობრივი კვლევის სურათს: პირველადი ჯანდაცვის პერსონალსაც და ბენეფიციარ ქალებსაც ხშირად აქვთ მაღალი თვითშეფასება სკრინინგის ცოდნის შესახებ, თუმცა პრაქტიკულ დეტალებში სერიოზული ხარვეზები ჩანს.

- ✚ ფოკუს ჯგუფებში ქალები ხშირად გამოხატავდნენ გაურკვევლობას ტესტების შინაარსსა და სანდოობაზე: „*სკრინინგმა ერთი რაღაცა აჩვენა, მამოლოგმა კი სულ სხვა მითხრა... დასაყრდნობია ეს პასუხი?*“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი). ზოგიერთმა პირდაპირ აღნიშნა, რომ ვერ ასხვავებდა სკრინინგს და დიაგნოსტიკას: „*კლიმაქსის დროს შეიძლება შეცდეს ეს ტესტი? ვერ ვიგებ, რომელი სჯობს, სკრინინგი თუ ექიმის გასინჯვა*“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი).
- ✚ ბენეფიციარების ნაწილი სკრინინგის გამოცდილებას შფოთვითა და დაბნეულობით ახსენებდა, რაც მიუთითებს არა მხოლოდ ინფორმაციის ნაკლებობაზე, არამედ შეცდომით მიღებულ ცოდნაზე. ერთმა ქალმა თქვა: „*სკრინინგიდან რომ გამოვედი, ვერ მივხვდი რა უნდა მექნა... მეგონა, რომ თუ მამოლოგი არ დამინიშნავდა წამალს, ესეგი პასუხი არ იყო სანდო*“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი).
- ✚ პროვაიდერებიც აღიარებენ ამ შეუსაბამობას: ისინი აღნიშნავენ, რომ პაციენტებს ხშირად ჰგონიათ, თითქოს ინფორმირებულები არიან, მაგრამ პრაქტიკაში მხოლოდ ნაწილს აქვს სწორი წარმოდგენა სკრინინგის ასაკზე და სიხშირეზე. „*ხალხი ფიქრობს, რომ იცის, მაგრამ ძალიან ბევრ რამეში ერევათ... მაგალითად, ამბობენ: მე პაპ ტესტი მაქვს გაკეთებული, მაგრამ სინამდვილეში სხვა გამოკვლევაა ჩატარებული*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ზუგდიდი).

III. შესაძლებლობები - Opportunity

შესაძლებლობების კომპონენტი მოიცავს როგორც ფიზიკურ (ინფრასტრუქტურა, ტრანსპორტი, დრო, ფინანსები), ისე სოციალურ (ექიმის ჩართულობა, ორგანიზებული მოწვევა, მხარდაჭერა) და სისტემურ ფაქტორებს, რომლებიც ან უწყობს ხელს, ან აფერხებს სკრინინგში მონაწილეობას. მონაცემები ცხადყოფს მკაფიო ურბანულ-სასოფლო უთანასწორობას, ექიმის როლის კრიტიკულ მნიშვნელობას და მოწვევების სისტემური სისუსტეს. ქალების ჩართულობა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია საცხოვრებელ ადგილსა და სერვისზე წვდომაზე: ქალაქებში სკრინინგის მიღება შედარებით მარტივია, მაშინ როცა სოფლად ტრანსპორტის სირთულეები, ფინანსური ხარჯები და დროის დეფიციტი ჩართულობას ზღუდავს. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ექიმის აქტიური ჩართულობა და კომუნიკაციის ხარისხი — იქ, სადაც ექიმები თავად სთავაზობენ სკრინინგს და მზად არიან კითხვებზე პასუხის გასაცემად, მონაწილეობის დონე მაღალია. ამავე დროს, სისტემური ფაქტორები, როგორიცაა სკრინინგის ინტერვალების ხანგრძლივობა (3–5 წელი) და ოჯახის ექიმების როლის შესუსტება, ჩართულობას კიდევ უფრო ამცირებს.

3.1. სკრინინგის სერვისებზე წვდომა მნიშვნელოვანი გამოწვევა

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით - სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა არათანაბარია: მოსახლეობის თითქმის ნახევარში (45.8%) მოქმედებს როგორც საშვილოსნოს ყელის, ისე ძუძუს კიბოს უფასო სკრინინგი, მეხუთედში (21%) მხოლოდ საშვილოსნოს სკრინინგი, ხოლო თითქმის მესამედში (28.2%) არც ერთი. სერვისების გამოყენება უმეტესობისთვის „მარტივია“ (51.7%), თუმცა მნიშვნელოვანი წილისთვის

კვლავ „რთულია“ (35.3%), რაც მიუთითებს, რომ გეოგრაფიული და დროითი ბარიერები სისტემურ დაბრკოლებად რჩება.

ხარისხობრივი კვლევის მონაცემები რაოდენობრივ მიგნებას ადასტურებს და ცხადყოფს, რომ სკრინინგის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთ მთავარ სისტემურ გამოწვევად რჩება.

- ✚ ბენეფიციარები განსაკუთრებით რეგიონებში აღნიშნავენ, რომ სკრინინგში ჩართვას აფერხებს გეოგრაფიული დისტანცია და ტრანსპორტის სირთულე: *„სოფელში რომ ხარ, ქალაქამდე მისასვლელად ნახევარი დღე გჭირდება და ხარჯიც დიდია“* (ბენეფიციარი, ზუგდიდი). მსგავსად, ახალციხეში ქალებმა ხაზი გაუსვეს, რომ გზაში დახარჯული დრო და ტრანსპორტის მიუწვდომლობა ხშირად აჩერებს გადაწყვეტილებას.
- ✚ სერვისის მიმწოდებლებიც ადასტურებენ, რომ სოფლად მცხოვრები ქალები ნაკლებად ერთვებიან სკრინინგში, რადგან ცენტრამდე მისვლა რთულია: *„ბევრი ამბობს, რომ უნდა მოვიდეს, მაგრამ მერე ვერ ახერხებს, ზოგი საზღვარგარეთ მიდის, ზოგი თბილისში მიდის სამუშაოდ და აღარ ბრუნდება“* (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი).
- ✚ დამატებით, ფოკუს ჯგუფებში გამოვლინდა, რომ სერვისის ინტერვალები და არასაკმარისი მოწვევა ხელმისაწვდომობას კიდევ უფრო ზღუდავს: *„თუ მოწვევა არ მივიღე, ვერ ვხვდები, როდის და სად უნდა მივიღე“* (ბენეფიციარი, ბათუმი).

3.2. სკრინინგის სერვისებზე ინფორმირებულობის დონე მოსახლეობაში და მათი სერვისზე მოწვევისა და წახალისების პრაქტიკის მნისვნელობა

რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ ექიმების თვალსაზრისით მოსახლეობა საკმაოდ კარგად არის ინფორმირებული სკრინინგის სერვისების არსებობის შესახებ (55.7% ფირობს, რომ ფართოდ ცნობილია, 39.6% ნაწილობრივ), თუმცა ეს აღქმა შესაძლოა გარკვეულწილად გადაჭარბებული იყოს და მათი პირადი გამოცდილებიდან გამომდინარეობდეს. ამასთან, მხოლოდ სერვისის არსებობის ცოდნა საკმარისი არ არის: მოწვევისა (40.9%) და ექიმებისგან ინდივიდუალური სისტემური წახალისების დაბალი დონე (54.6%), არ ქმნის საკმარის სტიმულს მოსახლეობისთვის. ამის პარალელურად, ბოლო ორი წლის განმავლობაში სკრინინგზე ჩაწერა წარმატებით მოახერხა მხოლოდ 40.5%-მა, მაშინ როცა თითქმის იგივე რაოდენობამ (44.3%) არც სცადა, რადგან საჭიროება ან მოწვევა არ ჰქონდათ. შედეგად, ინფორმირებულობასა და რეალურ ქცევას შორის აშკარა აცდენა რჩება, რაც მიუთითებს მოწვევისა და წახალისების სისტემური მექანიზმების აუცილებლობაზე.

ხარისხობრივი კვლევის მონაცემები ნათლად აჩვენებს, რომ მიუხედავად სერვისების შესახებ ზოგადი ცოდნისა, მოსახლეობისთვის ინფორმირებულობა ყოველთვის არ გარდაიქმნება რეალურ ქცევად, თუ არ არსებობს სისტემური მოწვევა და ექიმების აქტიური წახალისება.

- ✚ ბენეფიციარების ნაწილი ხაზს უსვამს, რომ ინფორმაცია არსებობს, თუმცა იგი ფრაგმენტულია და არ არის საკმარისად პერსონალიზებული: *„ვიცოდი, რომ პროგრამა*

არსებობს, მაგრამ არავინ დამირეკა, არავის უთქვამს როდის უნდა მივსულიყავი“ (ბენეფიციარი, ბათუმი).

- ✚ სხვა ქალები ამბობდნენ, რომ სკრინინგზე წასვლა მხოლოდ მაშინ გადაწყვიტეს, როცა ექიმმა პირდაპირ შესთავაზა: „ოჯახის ექიმმა მითხრა, ჯობია გააკეთო, თორემ თვითონ არ მიფიქრია“ (ბენეფიციარი, ახალციხე). ამავე დროს, ზოგიერთმა აღნიშნა, რომ მოწვევის გარეშე რთულია გადაწყვეტილების მიღება: „თუ მოწვევა არ მოვიდა, თითქოს საჭიროება არ არის, გადავდებთ ხოლმე“ (ბენეფიციარი, გურჯაანი).
- ✚ სერვისის მიმწოდებლებიც ადასტურებენ, რომ პაციენტთა ჩართულობა მნიშვნელოვნად იზრდება, როცა არსებობს ორგანიზებული მოწვევა ან ინდივიდუალური შეხსენება: „თუ კონკრეტულად ვურეკავთ და ვთხოვთ მოსვლას, ბევრი მოდის, მაგრამ ზოგადად ინფორმაციის ქონა საკმარისი არ არის“ (სერვისის მიმწოდებელი, ზუგდიდი).

3.3. კიბოს სკრინინგზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა და გამოყენებადობა

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, კიბოს სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის მიღების ბოლო პერიოდის გამოცდილება აჩვენებს, რომ პჯდ პერსონალი ძირითადად სამედიცინო პერსონალისგან, კოლეგისგან ან სამთავრობო არხებიდან იღებს ინფორმაციას, რაც მიუთითებს როგორც პირველადი ჯანდაცვის როლის ზრდაზე, ასევე სამთავრობო ინსტიტუტების გააქტიურებაზე აღნიშნულ საკითხში. მიღებული მასალების უმრავლესობა რესპონდენტთა შეფასებით ძალიან ადვილად გასაგები და სასარგებლო იყო (93.5%), თუმცა იკვეთება მასალების დეფიციტიც: მხოლოდ 57.1% ამბობს, რომ აქვს წვდომა საკმარის ვიზუალურ ან ბეჭდურ საინფორმაციო მასალებზე, 26.6% ნაწილობრივ, ხოლო 16.3% საერთოდ არ ფლობს ასეთ რესურსებს. ასევე ციფრული არხებით ინფორმაციის მიწოდება სუსტია — მხოლოდ 41.4%-მა მიიღო სასარგებლო ინფორმაცია SMS-ის, ელ.ფოსტის ან აპლიკაციის გზით, მაშინ როცა 38.9%-ს მსგავსი ინფორმაცია საერთოდ არ მიუღია.

ხარისხობრივი კვლევის შედეგები რაოდენობრივ მონაცემებს ავსებს და ცხადყოფს, რომ ინფორმაციის მიღება სკრინინგის შესახებ ფრაგმენტულად და არათანაბრად ხდება, ხოლო მისი გამოყენებადობა დიდწილად დამოკიდებულია წყაროსა და მიწოდების ფორმაზე.

- ✚ ბენეფიციარების ნაწილი აღნიშნავს, რომ პროგრამის შესახებ ძირითადად ექიმებისგან იგებენ: „ოჯახის ექიმმა მითხრა, რომ უფასო იყო და მაშინ მივედი“ (ბენეფიციარი, ახალციხე). თუმცა ბევრი ქალი ამბობს, რომ მათთვის ინფორმაცია ხშირად გვიან ან არასაკმარისად აღწევს: „გავიგე, რომ აქცია იყო, მაგრამ უკვე დასრულებული იყო“ (ბენეფიციარი, ბათუმი).
- ✚ ინტერვიუებში პროვაიდერები ხაზს უსვამენ ინფორმაციის მასალების სიმცირეს და საჭიროებას, რომ სერვისზე უფრო მეტად იყოს ვიზუალური და ციფრული მხარდაჭერა: „პოსტერი გვაქვს, მაგრამ ყველგან არ არის, სოფლად საერთოდ ვერ ნახავთ“ (სერვისის მიმწოდებელი, გურჯაანი). ზოგიერთმა აღნიშნა, რომ პაციენტები სკრინინგის შესახებ უფრო ხშირად ერთმანეთისგან იგებენ, ვიდრე ოფიციალური არხებიდან, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს მასალების დეფიციტზე.

- ✚ ბენეფიციარები ასევე ხაზს უსვამენ, რომ ციფრული არხები იშვიათად გამოიყენება, მაშინ როცა ისინი ინფორმაციის მიღების სწრაფი და მოსახერხებელი საშუალებაა: „*SMS თუ მოვიდოდა, აუცილებლად წავიდოდი, მაგრამ ასეთი არაფერი მიმიღია*“ (ბენეფიციარი, ზუგდიდი)

IV. მოტივაცია - Motivation

მოტივაცია აერთიანებს როგორც ემოციურ (Automatic Motivation), ისე ცნობიერად ჩამოყალიბებულ დამოკიდებულებებს (Reflective Motivation), რომლებიც გავლენას ახდენენ ქალთა გადაწყვეტილებაზე. შედეგები აჩვენებს ორპოლუსიან სურათს: ერთის მხრივ, შიში, სირცხვილი და გადადების ტენდენცია მნიშვნელოვან ბარიერებად რჩება — ბევრი ქალი სკრინინგს თავს არიდებს დიაგნოზის აღმოჩენის ან პროცედურასთან დაკავშირებული დისკომფორტის შიშის გამო. მეორეს მხრივ, არსებობს ძლიერი ხელშემწყობი ფაქტორებიც: პრევენციის მნიშვნელობის აღქმა, საკუთარი და ოჯახის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის გრძნობა, დადებითი გამოცდილება და ნდობა სკრინინგის სარგებლისადმი. ეს მოტივაციური ფაქტორები მიუთითებს, რომ სწორად დაგეგმილი საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ინტერვენციებით შესაძლებელია ნეგატიური ემოციების შემცირება და პოზიტიური მოტივატორების გაძლიერება. დამატებით, დემოგრაფიული ჭრილი ცხადყოფს, რომ სკრინინგში უფრო მეტად მონაწილეობენ საშუალო და ხანდაზმული ასაკის ქალები, მაშინ როცა ახალგაზრდები ნაკლებად აქტიურობენ. რეგიონული და ეთნიკური თავისებურებებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს: ქალაქებში სერვისზე წვდომა გაცილებით მაღალია, ხოლო ეთნიკურ უმცირესობებში იკვეთება დაბალი ინფორმირებულობა და სკეპტიციზმი.

4.1. მოტივაციის მაღალი დონე, სკრინინგის შეასაზამოდ დაბალი ქცევის ფონზე

პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალში ფიქსირდება ძლიერ მოტივაციური ფაქტორები სკრინინგთან მიმართებაში: სკრინინგის სარგებლის მაღალი აღქმა აქვს — 75.2% თვლის, რომ ის ხელს უშლის კიბოს მძიმე ფორმების განვითარებას, ხოლო 99.5% მიიჩნევს, რომ სკრინინგი მნიშვნელოვანია მათი ჯანმრთელობისთვის; დაავადების პერსონალური რისკების გათვალისწინებით, 85.9% არ ეთანხმება მოსაზრებას, თითქოს ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა ან ცხოვრების წესი იცავს სკრინინგის საჭიროებისგან; სკრინინგის ბარიერები, როგორცაა შიში და სირცხვილი, დაბალ დონეზე აღიქმება — მხოლოდ 7.8% და 11.0% ეთანხმება ამ ფაქტორებს როგორც ბარიერს; ხოლო პროფესიული პასუხისმგებლობის კუთხით, 98.0% მიიჩნევს, რომ მათი როლი მოითხოვს მაგალითის ჩვენებას. მიუხედავად ასეთი მაღალი მოტივაციური კომპონენტებისა, აღნიშნული პოზიტიური დამოკიდებულება სრულად არ გარდაიქმნება ქცევაში, რაც პრაქტიკაში პაციენტთა გადამისამართების და სკრინინგის პროცესში მათი სისტემური ჩართულობის დაბალ მაჩვენებლებში აისახება.

ხარისხობრივი კვლევის შედეგები ნათლად აჩვენებს აცდენას მაღალ მოტივაციასა და რეალურ ქცევას შორის.

- + პირველადი ჯანდაცვის ექიმები სკრინინგის მნიშვნელობას მუდმივად უსვამენ ხაზს, თუმცა პრაქტიკაში პაციენტთა გადამისამართება და სისტემური ჩართვა ფრაგმენტულად ხდება. როგორც ერთმა პროვაიდერმა აღნიშნა: „*ვიცი, რომ ძალიან საჭიროა და ყოველთვის ვეუბნებით, მაგრამ პაციენტების დიდი ნაწილი მაინც არ მიდის, ზოგჯერ კი ჩვენც ვერ ვახერხებთ ყველასთან სათითაოდ მუშაობას*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ბათუმი).
- + ბენეფიციარებიც ადასტურებენ, რომ ექიმების პოზიტიური დამოკიდებულება მათთვის ცნობილია, თუმცა ეს ყოველთვის არ ითარგმნება პრაქტიკულ ქცევაში: „*ექიმმა მითხრა, ჯობია დროულად გააკეთო, მაგრამ მაინც ვერ წავედი – არც დრო მეონდა და არც ვინმემ გამიმეორა შემდეგ*“ (ბენეფიციარი, ბათუმი).
- + ზუგდიდში ერთ-ერთმა სერვისის მიმწოდებელმა ხაზი გაუსვა, რომ მოწოდებული რეკომენდაცია არ არის საკმარისი ქცევის შესაცვლელად: „*ხშირად ვეუბნებით ქალებს, მაგრამ თუ არ არის ორგანიზებული მოწვევა და შემდგომი კონტროლი, ბევრს არ მიყვება სიტყვას*“ (სერვისის მიმწოდებელი, ზუგდიდი).

რეკომენდაციები

COM-B კომპონენტი	შიდა დონე (COM-B)	შუა დონე (ინტერვენციის ფუნქციები)	გარე დონე (პოლიტიკის კატეგორიები)	რეკომენდაციები
უნარები (Capability)	ცოდნა, ინფორმირებულ ობა, პროფესიული კომპეტენციები	• განათლება (Education) • ტრენინგი (Training) • ხელშეწყობა (Enablement) • მოდელირება (Modelling)	• სახელმძღვანელოები (Guidelines) • სერვისების უზრუნველყოფა (Service provision) • კომუნიკაცია/მარკეტინგი (Communication/marketing)	➤ სტანდარტიზებული პროტოკოლები და ტრენინგები ოჯახის ექიმებისთვის. ○ ემპათიური კომუნიკაციის ტრენინგები ქცევითი მეცნიერების ინტეგრაციით. ○ სტრუქტურირებული საკომუნიკაციო გზამკვლევის შექმნა ექიმებისთვის. ○ უნარების განვითარება პაციენტზე ორიენტირებული კომუნიკაციის მიმართულებით. ➤ მედპერსონალისა და საზოგადოებისთვის გასაგები საინფორმაციო მასალების შექმნა და გავრცელება (ინფოგრაფიკები, ვიდეოები, სოციალური მედია, ადგილობრივი ენის ადაპტაციით), სადაც მკაფიოდ იქნება ახსნილი სკრინინგის ასაკობრივი კრიტერიუმები, ინტერვალები და სარგებელი. ექიმებისთვის(მაგ: jobaids.
შესაძლებლობები (Opportunity)	ფიზიკური – ინფრასტრუქტურა, ტრანსპორტი; სოციალური – ექიმისა და	• გარემოს რესტრუქტურული ზაცია / გარემოს ორგანიზება (Environmental restructuring)	• სერვისების უზრუნველყოფა (Service provision) • გარემოს/სოციალური დაგეგმვა (Environmental/social planning)	➤ მობილური სკრინინგის ერთეულების ქსელის გაფართოება. ➤ ტრანსპორტირების სუბსიდირება სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის. ➤ მოწვევისა და შეხსენების სტანდარტიზებული სისტემა (SMS, ზარი, წერილი).

	თემის მხარდაჭერა	• ხელშეწყობა (Enablement) • დარწმუნება (Persuasion) • წახალისება (Incentivisation)	• ფინანსური მექანიზმები (Fiscal measures)	➤ ინტეგრირებული მონიტორინგის სისტემის დანერგვა (მოწვევა + შედეგების კონტროლი). ➤ ონლაინ/ტელეფონური ჩაწერის სისტემის ხელმისაწვდომობის გაფართოება. ➤ ოჯახის ექიმების ჩართულობის გაძლიერება გადამისამართებისა და მოწვევის პროცესში. ➤ „ჯაჭვური ჩართულობის“ სტრატეგიის დანერგვა. ➤ ეთნიკური უმცირესობებისთვის ადგილობრივი ლიდერებისა და მედიატორების ჩართვა.
მოტივაცია (Motivation)	რეფლექტური – პრევენციის მნიშვნელობის აღქმა; ავტომატური – შიშისა და სირცხვილის დაძლევა	• დარწმუნება (Persuasion) • მოდელირება (Modelling) • წახალისება (Incentivisation)	• კომუნიკაცია/მარკეტინგი (Communication/marketing) • სახელმძღვანელოები (Guidelines) • რეგულირება (Regulation)	➤ პოზიტიური, შიშისდამძლევი მესიჯების შემუშავება (მაგ., „სკრინინგი — შენი ჯანმრთელობის საიმედო დაცვა“). ➤ ბენეფიციართა პირადი ისტორიების ინტეგრირება საინფორმაციო კამპანიებში. ➤ ქცევითი ინტერვენციების პილოტირება (მოწვევის ფორმატების და მესიჯების ტესტირება). ➤ ოჯახის ექიმების სტიმულირების მექანიზმების დანერგვა (KPI-ები, დაფინანსების მოდელები). ➤ მონაცემების შედარება საერთაშორისო პრაქტიკებთან (WHO $\geq 70\%$ მიზანი). ➤ კულტურული და რელიგიური ფაქტორების შესწავლა მოტივაციის ბარიერების გასაგებად.

				➤ ახალგაზრდებში ცნობიერების ამაღლება ციფრული და სოციალური მედიის გამოყენებით. ➤ ეთნიკურ უმცირესობებში ადაპტირებული, ენასა და კულტურაზე მორგებული მასალების გამოყენება. ➤ ექიმების პირადი ჩართულობის წახალისება (role modelling): თვითონ ექიმების რეგულარული სკრინინგის გავლენის გაძლიერება პაციენტებზე („თუ ექიმი თვითონ იტარებს, მეც უნდა გავიკეთო“ ➤ „თანატოლების მაგალითების“ ინტეგრირება — ისტორიები ქალებისგან, რომლებმაც სკრინინგით დროულად აღმოაჩინეს პრობლემა და გადარჩინეს (ფოკუს ჯგუფებში რეალური ისტორიების გავლენა აშკარად გამოიკვეთა) ➤ ქალთა ჯგუფური ჩართულობის პრაქტიკის წახალისება – მეგობრების ან ოჯახის წევრების ერთად მისვლის წახალისება („სანათესაო მეთოთხმეტე ჩაიტარა“) როგორც სოციალური ნორმის ჩამოყალიბება
--	--	--	--	---

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO. Cancer. Accessed August 15, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. WHO. Cervical Cancer Elimination Initiative. Accessed August 17, 2025. <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
3. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. *წვთვლისებიანი ღიმსივნეები ქაქართველოში 2015-2023*.
4. A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Accessed August 20, 2025. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057561>
5. Islam RM, Billah B, Hossain MN, Oldroyd J. Barriers to Cervical Cancer and Breast Cancer Screening Uptake in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2017;18(7):1751-1763. doi:10.22034/APJCP.2017.18.7.1751
6. Grimley CE, Kato PM, Grunfeld EA. Health and health belief factors associated with screening and help-seeking behaviours for breast cancer: A systematic review and meta-analysis of the European evidence. *Br J Health Psychol*. 2020;25(1):107-128. doi:10.1111/bjhp.12397
7. Farajimakin O. Barriers to Cervical Cancer Screening: A Systematic Review. *Cureus*. 2024;16(7):e65555. doi:10.7759/cureus.65555
8. Srinath A, van Merode F, Rao SV, Pavlova M. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2023;38(4):509-527. doi:10.1093/heapol/czac104
9. National center for disease control and public health. *Cancer in Georgia 2015-2021*. Accessed August 23, 2024. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5b773bb3-39d4-45c5-b329-375fa1334200>
10. Topuridze M, Shiukashvili N, Todua T, et al. Cervical Cancer Screening Behavior and Its Determinants Among Primary Health Care Providers in Georgia: A Cross-Sectional Study. Published online July 14, 2025. doi:10.21203/rs.3.rs-6818672/v1
11. Johnson R, Onwuegbuzie A. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educ Res*. 2004;33:14. doi:10.3102/0013189X033007014
12. Kajamaa A, Mattick K, de la Croix A. How to ... do mixed-methods research. *Clin Teach*. 2020;17(3):267-271. doi:10.1111/tct.13145
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. Published online January 1, 2006. Accessed August 20, 2025. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
14. West R, Michie S. A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*. 2020;2. doi:10.32388/WW04E6.2

დანართი 1 - რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტები

ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ

ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევა კვლევა (KAP Survey)

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებში

შესავალი			
აღნიშნული კვლევა ხორციელდება ჩეხეთის კარიტასის ორგანიზებით და მიზნად ისახავს პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებში ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული ცოდნის, დამოკიდებულებებისა და ქცევის საფუძვლიანად შესწავლას. კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება საგანმანათლებლო მასალების, კომუნიკაციის მესიჯების სტრატეგიებისა და ეროვნული დონეზე ჯანდაცვის კომუნიკაციის გაუმჯობესებისთვის. ➤ თქვენი მონაწილეობა სრულიად ნებაყოფლობითია. ➤ შეტანილი ინფორმაცია ანონიმური იქნება და მკაცრად კონფიდენციალურად დამუშავდება. ➤ ანგარიშებსა და პრეზენტაციებში არ იქნება გამოყენებული ისეთი მონაცემი, რომელიც თქვენი იდენტიფიცირების საშუალებას იძლევა. ➤ თქვენ გაქვთ სრული უფლება გამოტოვოთ კითხვა ან ნებისმიერ დროს შეწყვიტოთ კითხვარის შევსება უარყოფითი შედეგების გარეშე. ➤ კითხვარის შევსება დაახლოებით 15–20 წუთს მოითხოვს. ➤ სწორი ან არასწორი პასუხები არ არსებობს — ჩვენთვის მნიშვნელოვანია თქვენი გულწრფელი შეხედულებები, რათა გავაუმჯობესოთ პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მხარდაჭერა.			
#	შეკითხვა	პასუხი	შენიშვნა
I. თანხმობა მონაწილეობაზე			
1.	თანახმა ხართ თუ არა მიიღოთ კვლევაში მონაწილეობა?	☐ დიახ ☐ არა	(თუ პასუხია "არა", დასრულდეს კითხვარი.)
II. ჩართვის კრიტერიუმები			

2.	თქვენი სქესი:	☐ ქალი ☐ კაცი ☐ არ მსურს პასუხი	<i>(თუ სქესი ≠ ქალი ან ასაკი <25 ან >70 —არ გააგრძელონ გამოკითხვა.)</i>
3.	თქვენი ასაკი (წლებში):	---- წლის (ღია პასუხი — მიუთითეთ სრული ასაკი)	
III. დემოგრაფიული მონაცემები			
4.	რეგიონი	1. აჭარა 2. გურია 3. იმერეთი 4. კახეთი 5. ქვემო ქართლი 6. რაჭა-ლეჩხუმი 7. სამცხე-ჯავახეთი 8. სამეგრელო-ზემო სვანეთი 9. შიდა ქართლი 10. თბილისი	
5.	მუნიციპალიტეტი (რაიონი)		
6.	დაწესებულების მდებარეობა	☐ სოფელი ☐ ნახევრად ურბანული/დაბა ☐ ურბანული /ქალაქი	
7.	მონიშნეთ თქვენი პროფესიული ჯგუფი	☐ ექიმი ☐ ექთანი ☐ კლინიკის მენეჯერი ☐ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომელი ☐ სხვა -----	

8.	პირველად ჯანდაცვის სექტორში სამუშაო გამოცდილება	----- წ.	
IV. სკრინინგის ქცევა			
9.	ჩაგიტარდათ თუ არა ოდესმე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (პაპ-ტესტი ან აპვ ტესტი)?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს ☐ არ მსურს პასუხი	
10.	როდის ჩაიტარეთ ბოლოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი?	☐ ბოლო 0-3 წლის განმავლობაში ☐ 4-5 წლის წინ ☐ 5 წელზე მეტი ხნის წინ ☐ არასოდეს ჩამიტარებია სკრინინგი მიუხედავდა იმისა რომ მივიღე მოწვევა ☐ მოწვევა არ მიმიღია და არც არსდროს დავსკრინულვარ ☐ არ მახსოვს ☐ არ მსურს პასუხი	
11.	გეგმავთ თუ არა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას მომავალში?	☐ დიახ, აუცილებლად ☐ დიახ, ალბათ ☐ არა, ალბათ არა ☐ არა, ნამდვილად არა ☐ არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს ☐ არ ვარ დარწმუნებული ☐ არ მსურს პასუხი	

12.	თუ არასოდეს ჩაგიტარებიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ან არ მიხვედით თქვენს ბოლო სკრინინგზე, მიუთითეთ მიზეზი (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ არ ვიცოდი, რომ აუცილებელი იყო ☐ სიმპტომები არ მქონდა ☐ მეშინოდა შედეგების ☐ მეშინოდა ტკივილის ან დისკომფორტის ☐ მრცხვენოდა ☐ არ მქონდა დრო ☐ სკრინინგის დაწესებულება შორსაა ☐ არ ვიცოდი, სად უნდა მივსულიყავი ☐ მოწვევა არ მიმიღია ☐ მქონდა კულტურული ან რელიგიური შეზღუდვები ☐ სხვა: _____	
13.	ჩაგიტარდათ თუ არა ოდესმე ძუძუს კიბოს სკრინინგი?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს ☐ არ მსურს პასუხი	
14.	როდის ჩაიტარეთ ბოლოს ძუძუს კიბოს სკრინინგი?	☐ ბოლო 0-2 წლის განმავლობაში ☐ 3-5 წლის წინ ☐ 5 წელზე მეტი ხნის წინ ☐ არასოდეს ჩამიტარებია სკრინინგი მიუხედავად იმისა რომ მივიღე მოწვევა	

		☐ მოწვევა არ მიმიღია და არც არსდროს დავსკრინულვარ ☐ არ მახსოვს ☐ არ მსურს პასუხი	
15.	გეგმავთ თუ არა ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობას მომავალში?	☐ დიახ, აუცილებლად ☐ დიახ, ალბათ ☐ არა, ალბათ არა ☐ არა, ნამდვილად არა ☐ არ ვეკუთვნი სამიზნე ჯგუფს ☐ არ ვარ დარწმუნებული ☐ არ მსურს პასუხი	
16.	თუ არასოდეს ჩაგიტარებიათ ძუძუს კიბოს სკრინინგი ან არ მიხვედით თქვენს ბოლო სკრინინგზე, მიუთითეთ მიზეზი (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ არ ვიცოდი, რომ აუცილებელი იყო ☐ სიმპტომები არ მქონდა ☐ მეშინოდა შედეგების ☐ მეშინოდა ტკივილის ან დისკომფორტის ☐ მრცხვენოდა ☐ არ მქონდა დრო ☐ სკრინინგის დაწესებულება შორსაა ☐ არ ვიცოდი, სად უნდა მივსულიყავი ☐ მოწვევა არ მიმიღია ☐ მქონდა კულტურული ან რელიგიური შეზღუდვები ☐ სხვა: _____	
V. პაციენტებში სკრინინგის პრაქტიკა და ბარიერები			
17.	თქვენი აზრით, <u>სკრინინგის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი</u> თქვენი პაციენტების რამდენ %-ს აქვს	☐ არავის ☐ 10% -ზე ნაკლებს ☐ 10 - 25% ☐ 26–50%	

	ჩატარებული ძუძუს კიბოს სკრინინგი (მამოგრაფია / კლინიკური გამოკვლევა)	☐ 51–75% ☐ 75%-ზე მეტს	
18.	თქვენი აზრით, სკრინინგის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი თქვენი პაციენტების რამდენ %-ს აქვს ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (პაპ/აპვ ტესტი)?	☐ არავის ☐ 10% -ზე ნაკლებს ☐ 10 - 25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 75%-ზე მეტს	
19.	ჩემი პაციენტები ინფორმირებული არიან კიბოს სკრინინგის უფასო სახელმწიფო პროგრამის შესახებ?	☐ არცერთი პაციენტი ☐ მცირე რაოდენობა პაციენტების ☐ უმეტესობა პაციენტების ☐ ყველა პაციენტი ☐ არ ვიცი	
20.	ჩემი პაციენტები თვლიან, რომ სკრინინგი მნიშვნელოვანია მათი ჯანმრთელობისათვის.	☐ არცერთი პაციენტი ☐ მცირე რაოდენობა პაციენტების ☐ უმეტესობა პაციენტების ☐ ყველა პაციენტი ☐ არ ვიცი	
21.	ჩემი პაციენტებს კარგად ესმით, რომ სკრინინგის მიზანი და სარგებელი?	☐ არცერთი პაციენტი ☐ მცირე რაოდენობა პაციენტების ☐ უმეტესობა პაციენტების ☐ ყველა პაციენტი ☐ არ ვიცი	
22.	ჩემი პაციენტები უარს აცხადებენ ან თავს იკავებენ ჩაიტარონ სკრინინგი შემდგომი მიზეზით:	☐ შორი მანძილი ☐ არახელმისაწვდომი არაპირდაპირი ხარჯები (მოგზაურობის ღირებულება,	

	(შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	სამუშაო დღის ხელფასის დაკარგვა და ა.შ.) ☐ კონკურენტული პრიორიტეტები (მაგ., ოჯახის წევრებზე ზრუნვა, სამსახური, სხვ.) ☐ ფიზიკური ბარიერები (მაგ. ინვალიდობა) ☐ ენობრივი ბარიერები ☐ დაბალი ხელმისაწვდომობა ინფორმაციაზე როდის ან სად უნდა ჩაიტარონ სკრინინგი ☐ ჩემი პაციენტები პრიორიტეტს ანიჭებენ ჯანმრთელობის სხვა საკითხებს, ვიდრე პრევენციულ აქტივობებს (მაგ., კიბოს სკრინინგი). ☐ ჩემი პაციენტები არ ენდობიან სამედიცინო პერსონალს, სკრინინგის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებას ან ჯანდაცვის სისტემას. ☐ ჩემი პაციენტები გრძნობენ შფოთვას, შიშს ან სირცხვილს სკრინინგის პროცედურის ან დიაგნოზის გამო. ☐ ოჯახის წევრების ან მეგობრებისგან მხარდაჭერის არარსებობა	
--	---	---	--

		სხვა -----	
VI. პაციენტებში სკრინინგის ხელშეწყობის პრაქტიკა			
23.	ბოლო ერთი თვის განმავლობაში, თქვენი სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფში მყოფი პაციენტებიდან დაახლოებით რა წილს ურჩიეთ ან გადაამისამრთეთ ან დაარეგისტრირეთ ძუძუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე?	☐ არავის ☐ 10% -ზე ნაკლებს ☐ 10 - 25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 75%-ზე მეტს	
24.	პაციენტის სკრინინგზე რჩევის ან გადაამისამრთების ან დაარეგისტრირების შემდეგ, რამდენად ხშირად აკონტროლებთ, ჩაუტარდა თუ არა სკრინინგი და მიიღო თუ არა შედეგები?	☐ არასდროს ☐ იშვიათად ☐ ზოგჯერ ☐ ხშირად ☐ ყოველთვის	
25.	ჩემი სამუშაოს ნაწილია დავეხმარო ადამიანებს მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილება ჩაიტარონ კიბოს სკრინინგი	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
26.	ვფიქრობ, რომ მაქვს საჭირო ინფორმაცია, რომ	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები	

	დავეხმარო ადამიანებს ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში ჩაიტარონ	☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
27.	ჩამიტარდა ტრენინგი, თუ როგორ ვურჩიო ადამიანებს სკრინინგის ჩატარება, ასევე სარგებელსა და რისკებზე.	☐ არასოდეს, არ ვთვლი საჭიროდ ☐ არა, მაგრამ მაქვს სურვილი ☐ 3-ზე ნაკლები წლის წინ ☐ 3-5 წლის წინ	
28.	რა ძირითად ბარიერებს აწყდებით პაციენტებისთვის სკრინინგის რეკომენდაციის ან მიმართვის პროცესში? (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ დროის სიმცირე ☐ პაციენტის უარყოფითი დამოკიდებულება ან შიში ☐ არასაკმარისი ტრენინგი ან ინფორმაცია ☐ მიმართვის პროცედურების არაზუსტობა ან გაურკვევლობა ☐ სერვისებზე წვდომის სირთულე ☐ ენობრივი ან კომუნიკაციის ბარიერები ☐ სხვა: _____	
29.	კომუნიკაციის რომელ სტრატეგიებს იყენებთ პაციენტთა მოტივაციისთვის სკრინინგში ჩასართავად? (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ ბეჭდური მასალების მიცემა ☐ ვიზუალური მასალების გამოყენება ☐ პირადი ან პაციენტის ისტორიების მოყოლა ☐ ადრეული აღმოჩენის სარგებლის ხაზგასმა ☐ სკრინინგში არმონაწილეობის რისკების ახსნა ☐ ეროვნული პროტოკოლებისა და რეკომენდაციების მოხმობა ☐ სხვა: _____	
VII. Capacity -უნარები – ცოდნა და უნარები			

30.	თუ მოვინდომებ, ვიცი სად და როგორ უნდა ჩავიტარო საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი.	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
31.	ვფლობ საკმარისი ინფორმაციით, რომ მივიღო ინფორმირებული გადაწყვეტილება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებით.	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
32.	რომელი ტესტები გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის? (მონიშნეთ ყველა შესაბამისი პასუხი)	☐ პაპ ტესტი ☐ აპვ ტესტი ☐ ულტრაბგერითი გამოკვლევა ☐ არ ვიცი	
33.	რომელი კიბოს ტიპებისთვის დადასტურებულია, რომ სკრინინგი ამცირებს ავადობის ან სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს? (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ საშვილოსნოს ყელის ☐ ძუძუს ☐ მსხვილი ნაწლავის (კოლორექტალური) ☐ სხვა: _____ ☐ არ ვიცი	

34.	რომელი წლიდან უნდა დაიწყონ ქალებმა რეგულარული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი?	☐ 25 წლიდან ☐ 35 წლიდან ☐ 40 წლიდან ☐ არ ვიცი	
35.	რა სიხშირით არის რეკომენდებული ძუძუს კიბოს სკრინინგი თქვენი ასაკობრივი ჯგუფისთვის?	☐ ყოველწლიურად ☐ ყოველ 2 წელიწადში ☐ ყოველ 3 წელიწადში ☐ არ ვიცი	
VIII. Opportunity - შესაძლებლობა			
A. სისტემური და ინფრასტრუქტურული ხელმისაწვდომობა			
36.	თქვენს მუნიციპალიტეტში ხელმისაწვდომია კიბოს სკრინინგის უფასო პროგრამა?	☐ დიახ, მხოლოდ საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ☐ დიახ, მხოლოდ ძუძუს კიბოზე ☐ დიახ, ორივე კიბოზე ☐ არც ერთ ჩამოთვლილ კიბოზე ☐ არ ვიცი	
37.	რამდენად მარტივია თქვენთვის სკრინინგის უფასო სერვისებზე წვდომა (გეოგრაფიულად ან დროის თვალსაზრისით)?	☐ ძალიან მარტივია ☐ მარტივია ☐ რთულია ☐ ძალიან რთულია	
B. მხარდაჭერა და სოციალური გავლენა			

38.	თქვენი ოჯახის წევრები ან პარტნიორი მხარს გიჭერენ სკრინინგში მონაწილეობაში?	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
39.	მიგიღიათ წარსულში წახალისება ან ინფორმაცია სკრინინგის ჩატარებაზე ოჯახის ექიმისგან ან მედპერსონალისგან?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ მახსოვს	
40.	გაქვთ თუ არა ნდობა იმ დაწესებულებებისა და პროფესიონალების მიმართ, რომლებიც სკრინინგს ატარებენ?	☐ დიახ, სრულად ☐ ნაწილობრივ ☐ არა ☐ არ ვიცი	
C. სკრინინგის სერვისების კომუნიკაცია			
41.	მიგიღიათ თუ არა მოწვევა ან შეტყობინება (SMS, ფურცელი, ზარი და სხვ.) სკრინინგის ჩატარებაზე ბოლო 5 წლის განმავლობაში?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ მახსოვს	
42.	გიცდიათ თუ არა სკრინინგზე ჩაწერა ან ვიზიტის ჯავშანი ბოლო 2 წლის განმავლობაში?	☐ დიახ, წარმატებით ☐ ვცადე, მაგრამ არ გამომივიდა	

		☐ არა, არ მქონია საჭიროება/მოწვევა ☐ არ მახსოვს	
43.	თქვენს მუნიციპალიტეტში მოსახლეობისათვის ცნობილია სკრინინგის უფასო სერვისების არსებობა?	☐ დიახ, ფართოდ ცნობილია ☐ ნაწილობრივ ცნობილია ☐ არა, მოსახლეობა ნაკლებად ინფორმირებულია ☐ არ ვიცი	
IX. Motivation – მოტივაცია			
A. შინაგანი მოტივაცია (Automatic motivation – ემოციური რეაქციები, ჩვევები)			
44.	მეშინია, რომ სკრინინგმა შეიძლება გამოავლინოს კიბო	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
45.	მრცხვენია ან არაკომფორტულად ვგრძნობ თავს სკრინინგის დროს.	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
46.	გქონიათ თუ არა ისეთი ნეგატიური გამოცდილება სკრინინგთან ან მის წინა პროცესთან (მაგ. მოლოდინის	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ მახსოვს ☐ არ მსურს პასუხი	

	დრო, კომუნიკაცია, ტკივილი), რომელმაც შესაძლოა გავლენა მოახდინა თქვენს გადაწყვეტილებაზე სკრინინგში მონაწილეობასთან დაკავშირებით?		
B. რეფლექსიური მოტივაცია (Reflective motivation – რწმენები, მიზნები, გადაწყვეტილებები)			
47.	სკრინინგი მნიშვნელოვანია ჩემი ჯანმრთელობისათვის	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
48.	ჩემი პროფესიული როლი მოითხოვს, რომ ვიყო მაგალითი სკრინინგში მონაწილეობით.	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
49.	სკრინინგი საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როდესაც სიმპტომები მაქვს.	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	

50.	სკრინინგი ხელს უშლის კიბოს შორსწასული - მძიმე ფორმის განვითარებას	☐ კატეგორიულად არ ვეთანხმები ☐ არ ვეთანხმები ☐ არ ვიცი ☐ ვეთანხმები ☐ სრულად ვეთანხმები	
51.	თვლით თუ არა, რომ თქვენი ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა ან ცხოვრების წესი გიცავთ კიბოსგან და სკრინინგი თქვენთვის არ არის აუცილებელი?	☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვიცი	
VIII. კომუნიკაცია და ინფორმაციის წყაროები			
52.	სად მიიღეთ ბოლოს ინფორმაცია პუბუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ? (შეგიძლიათ მონიშნოთ ერთზე მეტი პასუხი)	☐ ოჯახის ექიმი ან ექიმი ☐ სამთავრობო პროგრამის წარმომადგენელი ☐ კოლეგა/მეგობარი ☐ სოციალური მედია (Facebook, Instagram და სხვ.) ☐ ტელევიზია/რადიო ☐ ბუკლეტი/პოსტერები ☐ არასამთავრობო ორგანიზაცია ☐ სხვა: _____ ☐ არ მახსოვს ☐ არ მიმიღია ინფორმაცია	

53.	რომელ წყაროს ენდობით ყველაზე მეტად კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის მისაღებად? (მხოლოდ ერთი)	☐ სამედიცინო პერსონალი ☐ ჯანდაცვის სამინისტრო ან დაავადებათა კონტროლის ცენტრი ☐ სოციალური მედია ☐ ტელევიზია ☐ კოლეგა ☐ სხვა: _____ ☐ არ ვიცი	
54.	რამდენად ადვილად გასაგები და სასარგებლო იყო თქვენთვის სკრინინგის შესახებ მიღებული ინფორმაცია?	☐ ძალიან ადვილად გასაგები და სასარგებლო ☐ ნაწილობრივ გასაგები და სასარგებლო ☐ რთულად გასაგები და ნაკლებად სასარგებლო ☐ საერთოდ არ იყო სასარგებლო ☐ არ მიმიღია ინფორმაცია	
55.	გაქვთ თუ არა წვდომა საკმარის ვიზუალურ ან ბეჭდურ საინფორმაციო მასალებზე (პოსტერი, ფლაერი, ბუკლეტი)?	☐ დიახ ☐ არა ☐ ნაწილობრივ ☐ არ ვიცი	
56.	მიღებული თუ გაქვთ ციფრული ფორმით ინფორმაცია სკრინინგზე (სმს,	☐ დიახ, და ჩემთვის სასარგებლო იყო	

	ელ. ფოსტა, მობილური აპლიკაცია)?	☐ დიახ, მაგრამ არ იყო სასარგებლო ☐ არა, არ მიმიღია ☐ არ მახსოვს	
--	--	---	--

დანართი 2 - ხარისხობრივი კვლევის ინსტრუმენტები

ფოკუს ჯგუფის დისკუსიის სახელმძღვანელო

ფთემა: ქალების შეხედულებების გაგება ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ

სამიზნე ჯგუფი: 25–70 წლის ქალები

ლოკაციები: ბათუმი, ზუგდიდი, ახალციხე და გურჯაანი

ფასილიტატორი: მარინა თოფურიძე

ხანგრძლივობა: 90–100 წუთი

ჩარჩო: COM-B მოდელი (უნარი, შესაძლებლობა, მოტივაცია – ქცევა)

მიზანი: ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფის ქალების პოპულაციის ქცევითი და სისტემური ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების შესწავლა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან მიმართებაში, საბაზისო ცოდნა-დამოკიდებულება-ქცევის მონაცემების შეგროვების, კომუნიკაციის მასალების (ვიდეოები, პოსტერები, ციფრული ისტორიები, სატელევიზიო შოუ) შემუსავებისა და გავრცელების ეფექტური გზების იდენტიფიცირებისათვის.

I. მისალმება და ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება (10 წთ)

„მოგესალმებით და მადლობას გიხდით, რომ აქ ხართ.“

„მე ვარ მარინა თოფურიძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მკვლევარი. ვთანამშრომლობ ჩეხეთის კარიტასთან. ვატარებთ კვლევას, რომლის მიზანია გავიგოთ, როგორ ფიქრობენ და რას განიცდიან ქალები საქართველოში ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით სამიზნე რეგიონებში (მ.შ. ბათუმი, გურჯაანი, ზუგდიდი და ახალციხე). თქვენი მოსაზრებები დაგვეხმარება შევქმნათ ისეთი საინფორმაციო კამპანია, რომელიც რეალურად პასუხობს თქვენს საჭიროებებს.“

„ეს კვლევა ტარდება საინფორმაციო კამპანიის დაწყებამდე, რომელიც იგეგმება თქვენს მუნიციპალიტეტში. თქვენი მონაწილეობა მნიშვნელოვანია, რათა შეიქმნას თქვენზე მორგებული, გასაგები და ეფექტური მასალები.“

„თქვენი პასუხები სრულად კონფიდენციალურია. თქვენი სახელი არ გამოჩნდება არცერთ ანგარიშში და არ გადაეცემა სხვა პირებს. შეგიძლიათ ნებისმიერ მომენტში არ უპასუხოთ კითხვას ან შეწყვიტოთ მონაწილეობა. თქვენი ნებართვით, საუბრის აუდიოჩანაწერს გავაკეთებთ, რათა არაფერი გამოგვრჩეს. ჩანაწერები დაცულად იქნება შენახული და კვლევის დასრულების შემდეგ წაიშლება.“

დისკუსიის წესები:

- ყველას აზრი მნიშვნელოვანია — არ არსებობს სწორი ან არასწორი პასუხი.
- ერთდროულად მხოლოდ ერთი ადამიანი ლაპარაკობს.
- პატივი ვცეთ ერთმანეთის მოსაზრებებსა და კონფიდენციალურობას.
- ნებისმიერ დროს შეგიძლიათ სთხოვოთ განმარტება ან დასვათ შეკითხვა.

„დავიწყით გაცნობით. გვითხარით თქვენი სახელი, ხართ თუ არა 25–39 თუ 40–60 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და ერთი რამ, რისი გაკეთებაც გიყვართ თავისუფალ დროს.“

II. მიმდინარე პრაქტიკები და სკრინინგის გამოცდილება – ქცევა (5–7 წთ)

- რომელი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ ყველაზე ხშირად თქვენს თემში მცხოვრები ქალები?
- შეგიძლიათ მოგვიყვით თქვენი ან თქვენს ახლობელზე დაყრდნობით ძუძუს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის გამოცდილება? როგორ მიიღეთ გადაწყვეტილება სკრინინგში მონაწილეობაზე? რას გრძნობდით ამ დროს?
- რა განსაზღვრავს იმას, რამდენად მიდიან ქალები სკრინინგზე ერთხელ და ბრუნდებიან თუ არა შემდგომში?

III. ცოდნა, გაგება და თავდაჯერებულობა – უნარი (15 წთ)

- „რომელ ასაკობრივ ჯგუფში ფიქრობთ, რომ უნდა დაიწყოს სკრინინგი?“
 - „თქვენი აზრით, რამდენად ხშირად უნდა მოხდეს სკრინინგი?“
 - რას ფიქრობთ ტერმინებზე „პაპ ტესტი“, „მამოგრაფია“ ან „ძუძუს გამოკვლევა“?
 - რამდენად მარტივად ესმით ქალებს, სად, როდის და როგორ უნდა გაიარონ სკრინინგი? როგორ ახსნიდით, რატომ არის სკრინინგი მნიშვნელოვანი?
 - როგორი ინფორმაცია დაეხმარებოდა ქალებს, რომ უფრო მომზადებულად და თავდაჯერებულად იგრძნონ თავი?
 - არის თუ არა ჯგუფები, რომელთათვის სკრინინგის გაგება ან ჩატარება განსაკუთრებით რთულია?
- (მაგალითად: შშმ პირები, დაბალი განათლების მქონე ქალები, ენობრივი ბარიერები)
- თუ ქალმა მიიღო გადაწყვეტილება, რა უწყობს ხელს ან უშლის ხელს მის ქმედებას?
 - რა ტიპის გაუგებრობები ან მითი არსებობს სკრინინგთან დაკავშირებით?

IV. ხელმისაწვდომობა, სისტემაში ორიენტაცია და სოციალური გავლენა – შესაძლებლობა (25 წთ)

„ვიმსჯელოთ იმ ფაქტორებზე, რაც ქალების გარშემოა — სისტემაში, სერვისებში, საზოგადოებაშია — და რაც სკრინინგის ჩატარების გადაწყვეტილებაზე ზემოქმედებს.“

- რა დაწესებულებები ან სერვისებია ხელმისაწვდომი თქვენს რეგიონში სკრინინგისთვის?
- (მაგ: ამბულატორია, პოლიკლინიკა, მობილური კლინიკა)
- რა ართულებს ან ამარტივებს ფიზიკურად სკრინინგზე მისვლას?
- (მაგ: მანძილი, გრაფიკი, ღირებულება, რიგები, ბავშვზე ზრუნვა)
- ✦ სისტემაში ორიენტაცია და რეგისტრაცია
- რა ნაბიჯებია საჭირო სკრინინგზე მისასვლელად?
- (უნდა დარეგისტრირდეს ონლაინ? პირადად? სჭირდება ექიმის მიმართვა?)
- იციან თუ არა ქალებმა რეგისტრაციის ან მოწვევის სისტემების არსებობის შესახებ?
 - როგორ იღებენ სკრინინგის შედეგებს და რა ხდება შემდეგ?
 - რომელი ეტაპია ყველაზე გაუგებარი ან დაბრკოლების გამომწვევი?
- ✦ ჯანდაცვის მუშაკები და სოციალური გავლენა
- როგორ გავლენას ახდენენ ექიმები, ექთნები ან ფარმაცევტები სკრინინგზე წასვლის გადაწყვეტილებაზე?
 - ვისგან მოისმენდით ყველაზე სანდოდ სკრინინგის შესახებ ინფორმაციას?
 - მნიშვნელოვანია თუ არა ექიმის სქესი კომფორტისა და მზადყოფნისთვის?
 - როგორ აფასებენ სხვები სკრინინგს თემში? (ახალისებენ? არ საუბრობენ?)

- როგორ მოქმედებენ პარტნიორები, მეგობრები, ოჯახი სკრინინგზე წასვლის გადაწყვეტილებაზე?
- როგორია ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნდობა სკრინინგთან დაკავშირებით?

V. რწმენები, ემოციები და მოტივაცია (15 წთ)

- რას გრძნობენ ან ფიქრობენ ქალები სკრინინგზე საუბრისას?
(მაგ: შიში, იმედი, შერცხვენა, დამშვიდება)
- როგორ აყენებენ სკრინინგს პრიორიტეტულ ადგილას ოჯახის ან სამუშაოსთან შედარებით?
- რატომ არ მიდიან ზოგჯერ სკრინინგზე?
(შიშის, სირცხვილის, მტკივნეულობის, კულტურული შეხედულებების გამო)
- როგორი მხარდაჭერა ან მესიჯები შეუწყობს ხელს, რომ სკრინინგი ჩაიტარონ?

VI. კომუნიკაცია და გავრცელების სტრატეგიები (15 წთ)

„ვისაუბროთ იმაზე, როგორ ვრცელდება ჯანმრთელობის მესიჯები და რა ტიპის მასალები მუშაობს უკეთ.“

- სად იღებენ ქალები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას?
(ტელევიზია, ფეისბუქი, კლინიკა, პოსტერები, ეკლესია)
- რომელი ფორმატის მესიჯებზე ამახვილებენ ყურადღებას?
(ვიდეოები, რეალური ისტორიები, ექსპერტის ახსნა)
- მოგწონთ თუ არა ბოლო დროს ნანახი კამპანიებიდან რომელიმე? რატომ?
- რომელ კამპანიას არ ჰქონდა თქვენზე ეფექტი და რატომ?
- როგორი ტონი მუშაობს ყველაზე კარგად?
(ზრუნვის, სერიოზული, ემოციური, ამაღლებული)
- ვინ უნდა აწვდიდეს მესიჯს, რომ ნდობა გამოიწვიოს?
- სად არის საუკეთესო ადგილი ამ მესიჯების ხილვისთვის?

VII. მოლოდინები ახალი მასალების მიმართ (10 წთ)

„ვიწყებთ ახალი მასალების შექმნას და გვინდა, რომ ისინი თქვენზე მორგებული იყოს.“

- რა ტიპის ამბები ან მესიჯები იქნებოდა შთამაგონებელი?
- როგორი ტონი და ემოციური ფონი უნდა ჰქონდეს?
- ვის ჩასვამდით ვიდეოში ან ისტორიაში?
- რას გახდიდა სკრინინგის მესიჯს ეფექტურად შემდგომ გასავრცელებლად?

VIII. დასრულება და დასკვნა (5 წთ)

- ერთ რამეს რომ ცვლიდეთ — სისტემაში ან კომუნიკაციაში — რა იქნებოდა?
- არის თუ არა რამე დამატებითი, რაც გსურთ გაგვიზიაროთ?

„დიდი მადლობა გულწრფელი აზრებისთვის — თქვენი მოსაზრებები დაგვცხმარება უფრო ეფექტური კომუნიკაციის და სერვისების შექმნაში.“

ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე

ჩაღრმავებული ინტრევიუ სკრინინგის სერვისის მიმწოდებლებთან

თემა: კიბოს სკრინინგის მომსახურების მიმწოდებელი პროფესიონალების ხედვები, გამოცდილება და რეკომენდაციები ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ

სამიზნე ჯგუფი: სკრინინგის პროგრამებში ჩართული წამყვანი ექიმები/ხელმძღვანელი პირები

ლოკაციები: ბათუმი, ზუგდიდი, ახალციხე და გურჯაანი

ინტერვიუერი: მარინა თოფურიძე

ხანგრძლივობა: 45–60 წუთი

ჩარჩო: COM-B მოდელი (უნარი, შესაძლებლობა, მოტივაცია – ქცევა)

მიზანი: ინტერვიუს მიზანია შეისწავლოს სკრინინგის მომსახურების მიმწოდებელთა გამოცდილება, აღქმები და რეკომენდაციები, რათა უკეთ გავიგოთ ის ქცევითი და სისტემური ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს 25–70 წლის ქალების მონაწილეობაზე ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში.

ინტერვიუ მიმართულია შემდეგზე:

- იმ ცოდნის, უნარების, მოტივაციისა და გარემო ფაქტორების გამოვლენა, რომლებიც პაციენტების სკრინინგში ჩართულობას განაპირობებს ან უშლის ხელს;
- პროფესიონალთა რეკომენდაციების მიღება კომუნიკაციის სტრატეგიების, გზავნილებისა და მასალების (პოსტერი, ვიდეო, სატელევიზიო შოუ, ციფრული ისტორია და სხვა) გასაუმჯობესებლად;
- ინფორმაციის მიწოდების არსებული არხებისა და მათი ეფექტიანობის შეფასება;
- კომუნიკაციის კამპანიისთვის მიზნობრივი, ქცევაზე ორიენტირებული სტრატეგიის შემუშავების ხელშეწყობა, რომელიც პაციენტების ჩართულობის გაზრდას ემსახურება.

I. მისაღება და ინფორმირებული თანხმობის ფორმულირება

გამარჯობა და მადლობა, რომ გამოყავით დრო ინტერვიუში მონაწილეობისათვის.

მე ვარ [შეიყვანეთ სახელი], საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტი და ვთანამშრომლობ ჩეხეთის კარიტასთან. ჩვენი გუნდი ატარებს კვლევას, რომლის მიზანია უკეთ შევისწავლოთ ის გამოცდილება, ხედვები და შეფასებები, რაც თქვენ — როგორც პროფესიონალს — გაქვთ ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის საკითხებთან დაკავშირებით.

თქვენი მონაწილეობა დაგვეხმარება, გამოვავლინოთ ის ძირითადი ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები, რაც გავლენას ახდენს სკრინინგში ქალების ჩართულობაზე.

ასევე, თქვენი მოსაზრებები და რეკომენდაციები მნიშვნელოვანია, რათა შევიმუშაოთ მიზნობრივი, ადაპტირებული და ეფექტური საკომუნიკაციო მასალები —

ვიდეორგოლები, პოსტერები, რეალურ ისტორიებზე დაფუძნებული შინაარსი და სატელევიზიო გადაცემები — და შევარჩიოთ მათი გავრცელების ოპტიმალური არხები.

ინტერვიუ კონფიდენციალურია — თქვენი სახელი და იდენტიფიცირებადი ინფორმაცია არც ერთ ანალიზში, ანგარიშში ან პრეზენტაციაში არ გამოჩნდება. ჩანაწერები გამოყენებული იქნება მხოლოდ კვლევითი მიზნებისთვის, უსაფრთხოდ შეინახება და კვლევის დასრულებისთანავე განადგურდება.

გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ ინტერვიუს მიმდინარეობისას თქვენ გაქვთ სრული უფლება, ნებისმიერ კითხვაზე არ უპასუხოთ ან ნებისმიერ დროს შეწყვიტოთ მონაწილეობა.

თუ მზად ხართ, გადავიდეთ ინტერვიუზე. თანახმა ბრძანდებით?

II. ზოგადი ინფორმაცია

1. შეგიძლიათ მოგვიყვით თქვენი პროფესიული როლისა და მოვალეობების შესახებ, რაც კიბოს სკრინინგს უკავშირდება?
2. რამდენი ხანია, რაც ძუძუსისა და/ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სერვისებს უწევთ კოორდინაციას ან აწარმოებთ?
3. თქვენი შეფასებით, ქალების (25–70 წლის) რა წილი (%) მონაწილეობს სკრინინგში რეგულარულად?
 - ❖ როგორ შეაფასებდით მონაწილეობის/მოცვის დონეს — მზარდია, უცვლელი თუ კლებადია?
 - ❖ რომელი ასაკობრივი ჯგუფია ყველაზე აქტიური ან პასიური?

III. COM-B – უნარი (Beneficiaries-ის ცოდნა და უნარები)

1. თქვენი გამოცდილებით, რამდენად კარგად ესმით პაციენტებს სკრინინგის მიზანი?
 - ❖ იციან პრევენციისა და ადრეული აღმოჩენის განსხვავება?
 - ❖ მიგიღიათ თუ არა პაციენტებისგან შეკითხვები ან შენიშვნები ამ თემაზე?
2. რა ტიპის მცდარი წარმოდგენები ან ინფორმაციის ნაკლებობაა გავრცელებული პაციენტებში?
 - ❖ იციან რა ასაკიდან უნდა დაიწყონ სკრინინგი?
 - ❖ გაუგიათ ტესტების სახეობებზე (HPV, პაპ ტესტი)?
3. ფიქრობთ, რომ პაციენტები თავს თავდაჯერებულად გრძნობენ სკრინინგის პროცესში (ჩაწერა, მომზადება)? რატომ?
 - ❖ რას ამბობენ პაციენტები ჩაწერის ან პროცედურის შესახებ?
 - ❖ რას აიგივებენ სკრინინგთან?

IV. COM-B – შესაძლებლობა (გარემო, მხარდაჭერა და ხელმისაწვდომობა)

1. რა ბარიერებს აწყდებიან პაციენტები სკრინინგის სერვისებზე წვდომაში?
 - ❖ რამდენად ხშირია: მანძილი, დრო, ენობრივი ბარიერი?
 - ❖ არის თუ არა გაუგებრობა მომსახურების ფასზე ან მიზანზე?
2. იღებენ თუ არა პაციენტები მოწვევებს (SMS, ზარი, ბროშურა)? რამდენად ეფექტურია ეს მეთოდები?
 - ❖ ხშირად ახსენებენ თუ არა მოწვევებს?
 - ❖ როგორ რეაგირებენ ამ შეტყობინებებზე?
3. ოჯახისა ან სოციალური წრის მხარდაჭერა რამდენად ახდენს გავლენას გადაწყვეტილებაზე?
 - ❖ ქმარი/დედა/და მხარს უჭერს თუ არა მათ გადაწყვეტილებას?
 - ❖ არის თუ არა ბარიერი ოჯახის ან კულტურული გავლენისგან?
4. რა განსხვავებებს ხედავთ სკრინინგში მონაწილეობაში სხვადასხვა ჯგუფებს შორის?
 - ❖ რაიმე რეგიონის, ეთნიკური ჯგუფის ან სოფლის/ქალაქის სხვაობები თუ შეინიშნება?

V. COM-B – მოტივაცია (რწმენები, ემოციები, განზრახვა)

1. რა მოლოდინი ან დამოკიდებულება აქვთ ქალებს სკრინინგთან დაკავშირებით?

- ❖ ფიქრობენ რომ "სჯობს არ ვიცოდე"?
 - ❖ საუბრობენ თუ არა სირცხვილზე ან დისკომფორტზე?
2. რა ემოციურ რეაქციებს გამოხატავენ ქალები სკრინინგის მიმართ?
- ❖ შიში, უხერხულობა, გულგრილობა?
 - ❖ როგორ აისახება ეს ქცევაზე?
3. ფიქრობენ თუ არა, რომ სკრინინგი საჭიროა სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაში?
- ❖ ვინ არიან, ვინც მხოლოდ სიმპტომებზე რეაგირებს?
4. გრძნობენ თუ არა ქალები თავს უფლებამოსილად დასვან კითხვები და მიიღონ გადაწყვეტილებები სკრინინგზე?
- ❖ ჰკითხავენ თუ არა ექიმს დამატებით კითხვებს?
 - ❖ საუბრობენ თუ არა სკრინინგზე ოჯახთან ან მეგობრებთან?

VI. კომუნიკაცია და ინფორმაცია

1. რა მასალებს იყენებთ სკრინინგის შესახებ (ბროშურები, პოსტერები, ციფრული კონტენტი)?
- ❖ არის თუ არა ეს მასალები ადვილად გასაგები?
 - ❖ როგორ რეაგირებენ პაციენტები მათ ნახვაზე?
2. რომელი კომუნიკაციის არხები უკეთ მოქმედებს (ტელევიზია, სოციალური მედია, SMS, თემობრივი შეხვედრები და ა.შ.)?
- ❖ რომელი არხია ყველაზე ეფექტური?
3. რომელი მესიჯები უკეთ აღწევს ქალებამდე და ახდენს გავლენას?
- ❖ ემოციური მესიჯები, პროფესიონალური რჩევა, რეალური ისტორიები?
4. ყოფილა თუ არა ისეთი მესიჯი ან მიდგომა, რომელიც უკუშედეგს/საპირისპირო/უარყოფით შედეგს იძლეოდა?
- ❖ შეგიძლიათ ჩამოთვალოთ მაგალითები?

VII. რეკომენდაციები კამპანიისთვის

1. რა ინტერვენციები დაეხმარებოდა სკრინინგში მონაწილეობის გაზრდას?
- ❖ ტრენინგი, დამატებითი ინფორმირება, ქალი პერსონალის ხელმისაწვდომობა?
2. თქვენი აზრით, რა მესიჯი მოახდენდა საუკეთესო გავლენას?
- ❖ გარდაცვალების პრევენცია, ოჯახზე ზრუნვა, საკუთარი თავის პასუხისმგებლობა?
3. როგორ შეიძლება გავაუმჯობესოთ სერვისების ხილვადობა და ხელმისაწვდომობა?
4. გაქვთ დამატებითი რეკომენდაცია კომუნიკაციის სტრატეგიის გასაუმჯობესებლად?

ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

პროექტის დასახელება: კიბოს პრევენციისა და მოვლის სისტემის გაძლიერება საქართველოში (2025–2027)

ორგანიზატორი:

ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით მონაწილეობის ტიპი:

□ ფოკუს ჯგუფი (25-70 წლის ქალები)

□ ინდივიდუალური ინტერვიუ (კიბოს სკრინინგის სერვისი პორვაიდერი)

1. კვლევის მიზანი

დაგეგმილი კვლევა მიზნად ისახავს შეისწავლოს მოსახლეობის (ქალებისა და სკრინინგის სერვისების მიმწოდებლების) შეხედულებები, ცოდნა, დამოკიდებულებები, პრაქტიკები და სკრინინგზე ქცევითი და სისტემური ბარიერები. მიღებული მონაცემები დაეხმარება კვლევის ავტორებს შეიმუშაონ ეფექტური, მოსახლეობის საჭიროებებზე მორგებული საკომუნიკაციო სტრატეგიები და მასალები, მათ შორის ვიდეოები, პოსტერები, ციფრული ისტორიები და სატელევიზიო შოუები.

2. მონაწილეობის ფორმა

გიწვევთ მიიღოთ მონაწილეობა პირისპირ გამართულ ფოკუს ჯგუფში / ჩადმავებულ ინტერვიუში, რომელიც ჩატარდება წინასწარ განსაზღვრულ ადგილას და გაგრძელდება დაახლოებით:

- ფოკუს ჯგუფი – 90 წუთი
- ინდივიდუალური ინტერვიუ – 45 წუთი

შეხვედრა შესაძლოა ჩაიწეროს აუდიოფაილის სახით ან გამოყენებულ იქნას წერითი ჩანაწერები. ჩანაწერები გამოყენებული იქნება მხოლოდ ანალიზისთვის და გაანადგურება მოხდება პროექტის დასრულების შემდეგ.

3. მონაწილეობის ნებაყოფლობა და უფლება კვლევის შეწყვეტაზე

მონაწილეობა არის სრულად ნებაყოფლობითი. ნებისმიერ დროს შეგიძლიათ უარი თქვათ მონაწილეობაზე ან გასცეთ პასუხი მხოლოდ თვენთვის სასურველ კითხვებს. უარი არ იქონიებს გავლენას თქვენთვის ხელმისაწვდომ რაიმე სერვისებზე.

4. კონფიდენციალურობა

თქვენი პირადი მონაცემები დაცული იქნება. ჩანაწერებზე წვდომა ექნება მხოლოდ კვლევის ჯგუფს. ანგარიში არ შეიცავს თქვენს სახელს ან ამომცნობელ დეტალებს.

5. რისკები და სარგებელი

მონაწილეობასთან დაკავშირებული რისკი მინიმალურია. შესაძლოა განიცადოთ მსუბუქი ემოციური დისკომფორტი. ანაზღაურება არ არის გათვალისწინებული, თუმცა თქვენი შეხედულებები წვლილს შეიტანს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში.

6. კითხვები და კონტაქტი

თუ გაქვთ დამატებითი შეკითხვები კვლევასთან ან თქვენი უფლებების დაცვასთან დაკავშირებით, გთხოვთ დაუკავშირდეთ:

პროექტის კოორდინატორი: ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი. რუსუდან ჩხუბიანიშვილი
ელ. ფოსტა: rusudan.chkhubianishvili@caritas.cz
ტელეფონი: 593 688 609

საჭიროების შემთხვევაში, შეგიძლიათ ასევე მიმართოთ ბიოეთიკის საბჭოს:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის ეროვნული
ცენტრის (NCDC) ბიოეთიკის სამსახურს
ელ. ფოსტა: IRB@ncdc.ge IRBncdc@gmail.com

7. თანხმობის დადასტურება

გთხოვთ, დაადასტუროთ თანხმობა ქვემოთ ხელმოწერით:
მე წავიკითხე და გავეცანი ზემოთ აღწერილ ინფორმაციას. ვიცი, რომ მონაწილეობა
ნებაყოფლობითია და მეძლევა შესაძლებლობა ნებისმიერ დროს გავწყვიტო მონაწილეობა.
ვეთანხმები კვლევაში მონაწილეობას.

მონაწილე (სახელი, გვარი): _____

ხელმოწერა: _____

თარიღი: _____

ფასილიტატორი/ინტერვიუერი (სახელი, გვარი): _____

ხელმოწერა: _____