

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ბარიერების ანალიზი მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნების მაგალითზე

¹გვანცა გულიაშვილი, დოქტორანტი

²თამარ ალიბეგაშვილი, მედიცინის დოქტორი

¹ნატა ყაზახაშვილი, პროფესორი

¹ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

²საქართველოს ეროვნული სკრინინგ ცენტრი

DOI: <https://doi.org/10.52340/spectri.2023.08.02.06>

აბსტრაქტი

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სყკ), რომელიც წარმოადგენს ქალებში კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მეოთხე ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს მსოფლიოში, დღემდე რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად.

ჩვენი კვლევის მიზანია იმ ბარიერების გამოვლენა, რომელიც ხელს უშლის კიბოს სკრინინგის ჩატარებას, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში.

მასალა და მეთოდები:

ჩვენს მიერ მოძიებულია ლიტერატურა PUBmed, PMC, Scholar google, Elsevier მონაცემთა ბაზებში. საძიებო საკვანძო სიტყვები: საშვილოსნოს ყელის კიბო, სკრინინგის ბარიერები, ქალთა ინფორმირებულობა.

დასკვნები:

- სკრინინგის შესახებ ცოდნისა და ინფორმირებულობის ნაკლებობა წარმოადგენს სყკ-ს სკრინინგის ჩატარების ფართოდ გავრცელებულ ბარიერს.
- განვითარებულ ქვეყნებში სყკ-ს სკრინინგის ბარიერებს წარმოადგენს: ტკივილის ან დისკომფორტის შიში, უხერხულობა და დროის უქონლობა, მაშინ როდესაც დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მნიშვნელოვანია კულტურულ/ტრადიციული და რელიგიური ბარიერები.

საკვანძო სიტყვები: საშვილოსნოს ყელის კიბო, სკრინინგი, ბარიერები

Analysis of cervical cancer screening barriers on the example of different countries of the world

¹ Gvantsa Guliashvili, PhD student

²Tamar Alibegashvili, doctor of medicine

¹Nata Kazakhashvili, professor

¹Iv. Javakhishvili Tbilisi State University ²National Screening Center of Georgia

Abstract

Cervical cancer (CRC), which is the fourth most common cause of cancer incidence and mortality in women worldwide, remains one of the major public health problems.

The purpose of our research is to reveal the barriers that prevent cancer screening in different countries of the world.

Material and methods:

We searched literature in PUBmed, PMC, Scholar google, Elsevier databases. Search keywords: cervical cancer, screening barriers, women's awareness.

Conclusions:

- Lack of knowledge and awareness about screening is a widespread barrier to screening for STDs.
- In developed countries, the barriers to screening for STDs are: fear of pain or discomfort, inconvenience and lack of time, while in low- and middle-income countries, cultural/traditional and religious barriers are important.

Key words: cervical cancer, screening, barriers

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სყკ), რომელიც წარმოადგენს ქალებში კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მეოთხე ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს მსოფლიოში, დღემდე რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად. 2020 წელს სყკ განუვითარდა 604 000 ქალს, გარდაიცვალა 342 000 ქალი[1]. საშვილოსნოს ყელის კიბო მიეკუთვნება ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაციას, მისი ინციდენტობა საქართველოში 2019 წელს შეადგენდა 322 (5.6%)[2].

კიბოს სკრინინგის მიზანია ასიმპტომურ სამიზნე პოპულაციაში ადამიანთა იმ ჯგუფების გამოვლენა, რომელთაც კიბოს წინარე პათოლოგიები, ან კიბოს ადრეული სტადია აღენიშნებათ, რაც აუცილებელია მკურნალობის ადრეულ სტადიაშივე დასაწყებად და ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

კიბოს სკრინინგის პროგრამამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს დაავადების გავრცელების საერთო მაჩვენებლის ან/და სიკვდილიანობის 80% - ით შემცირებაში, რაც მხოლოდ კარგად ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამებით მიიღწევა, რომელიც სამიზნე მოსახლეობის 70%-ს ან მეტს მოიცავს და რომელიც აღჭურვილი იქნება პროგრამის ყველა ასპექტის მომცველი ფართომასშტაბიანი ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებით.

181 ქვეყანაში ჩატარებულმა სამოდულო კვლევამ აჩვენა, რომ როგორც HPV ვაქცინაციის, ასევე სეკს-ს სკრინინგის ფართოდ დანერგვის შედეგად, შეიძლება 2020 წლიდან 2070 წლამდე პერიოდში მიღწეულ იქნას სეკს-ს 12.5-დან-13.4 მილიონამდე ახალი შემთხვევის თავიდან აცილება და საუკუნის ბოლოსთვის ამ დაავადების თითქმის სრული აღმოფხვრა [3].

ჩვენი კვლევის მიზანია იმ ბარიერების გამოვლენა, რომელიც ხელს უშლის კიბოს სკრინინგის ჩატარებას, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში.

მასალა და მეთოდები:

ჩვენს მიერ მოძიებულია ლიტერატურა PUBmed, PMC, Scholar google, Elsevier მონაცემთა ბაზებში. სამიზნე საკვანძო სიტყვები: საშვილოსნოს ყელის კიბო, სკრინინგის ბარიერები, ქალთა ინფორმირებულობა.

შედეგები:

საშვილოსნოს ყელის კიბო (სეკ) არის ქალთა პრევენციული კიბო. ვაქცინაციამ და რუტინულმა პაპ ნაცხის სკრინინგმა საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა 70-80%-ით შეამცირა მსოფლიოში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის გაიდლაინები შეერთებულ შტატებში გადაიხედა 2018 წელს და მოიცავს ადამიანის პაპილომაავირუსის პირველადი (HPV) ტესტირების ვარიანტს [4].

ამერიკის კიბოს საზოგადოება (ACS) რეკომენდაციას იძლევა, რომ საშვილოსნოს ყელის მქონე პირებმა დაიწყონ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25 წლის ასაკში და გაიარონ პირველადი ადამიანის პაპილომაავირუსის (HPV) ტესტირება ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ 65 წლამდე (სასურველია); თუ პირველადი HPV ტესტირება მიუწვდომელია, მაშინ 25-დან 65 წლამდე ასაკის პირებს უნდა

ჩაუტარდეთ სკრინინგი კოტესტირებით (HPV ტესტირება ციტოლოგიასთან ერთად) ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ ან მხოლოდ ციტოლოგია ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ (მისაღები) (მტკიცე რეკომენდაცია). ACS რეკომენდაციას უწევს 65 წელზე მეტი ასაკის პირებს, რომლებსაც არ აღენიშნებათ საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური ნეოპლაზიის 2 ხარისხის ან უფრო მძიმე დაავადების ისტორია ბოლო 25 წლის განმავლობაში და რომლებსაც დაუფიქსირდათ სკრინინგის ადექვატური უარყოფითი შედეგი წინა 10 წლის განმავლობაში, შეწყვიტონ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (კვალიფიცირებული რეკომენდაცია). ეს ახალი სკრინინგის რეკომენდაციები განსხვავდება 4 მნიშვნელოვანი ასპექტით 2012 წლის რეკომენდაციებთან შედარებით: 1) სასურველი სკრინინგის სტრატეგია არის პირველადი HPV ტესტირება ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, მხოლოდ კოტესტირება და ციტოლოგია მისაღებია, სადაც აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის მიერ დამტკიცებული პირველადი HPV ტესტირება არ არის ჯერ ხელმისაწვდომი; 2) სკრინინგის დასაწყებად რეკომენდებული ასაკი არის 25 და არა 21 წელი; 3) პირველადი HPV ტესტირება, ისევე როგორც მხოლოდ კოტესტირება ან ციტოლოგია, როდესაც პირველადი ტესტირება მიუწვდომელია, რეკომენდებულია 25 წლიდან და არა 30 წლის ასაკიდან; და 4) გაიდლაინი გარდამავალია, ე.ი. არის მოწოდებული სკრინინგის ვარიანტები მხოლოდ კოტესტირებით ან ციტოლოგიით, მაგრამ ეტაპობრივად უნდა მოიხსნას მას შემდეგ, რაც იქნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის პირველადი HPV ტესტირებაზე სრული ხელმისაწვდომობა ბარიერების გარეშე. განხილული იყო სხვა რელევანტურ საკითხებთან დაკავშირებული მტკიცებულებები და არ განხორციელებულა ცვლილებები რეკომენდაციებში სკრინინგის ინტერვალების, ასაკის ან სკრინინგის შეწყვეტის კრიტერიუმების, ვაქცინაციის სტატუსზე დაფუძნებული სკრინინგისთვის ან ჰისტერექტომიის შემდეგ სკრინინგისთვის. შემდგომი დაკვირვება იმ პირებისთვის, რომლებსაც აქვთ დადებითი შედეგი HPV-ს სკრინინგზე და/ან ციტოლოგიაზე, უნდა შეესაბამებოდეს 2019 წლის კოლპოსკოპიის და საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის ამერიკული საზოგადოების რისკზე დაფუძნებული მართვის კონსენსუსის გაიდლაინებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პათოლოგიური სკრინინგის ტესტებისა და კიბოს წინამორბედების შესახებ [5].

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პარადიგმები იცვლება ციტოლოგიაზე დაფუძნებული სკრინინგიდან მოლეკულური სკრინინგის მიმართულებით. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები, რომელთაც აქვთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს მაღალი ტვირთი, ცდილობენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და ადამიანის პაპილომაჯირუსის ვაქცინა ხელმისაწვდომი გახადონ თავიანთი მოსახლეობისთვის. უნდა შეფასდეს დაბალფასიანი სკრინინგის ალტერნატიული ტექნოლოგიები, განხორციელებადი სტრატეგიები, შესყიდვის ხარჯების შემცირება და ადამიანის პაპილომაჯირუსების

ვაქცინის მიწოდების მიდგომები, რათა შემცირდეს უთანასწორობა კიბოს მკურნალობაში [6].

სკკ-ის აღმოფხვრა დამოკიდებულია დაავადების ადრეულ იდენტიფიცირებაზე და მისი დროული გამოვლენის ბარიერების მოხსნაზე.

დაგვიანებულ სკკ დიაგნოზთან დაკავშირებული ფაქტორები იყოფა სამ კომპონენტად, მათ შორისაა პაციენტთან, სამედიცინო ისტორიასთან და ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემები. პაციენტის მხრიდან შეფერხება მოიცავს სოციალურ-დემოგრაფიულ ფაქტორებს, ქმრის/პარტნიორის დამოკიდებულებას და ინფორმირებულებას. სამედიცინო ისტორია მოიცავდა სამედიცინო საკითხებს, სამედიცინო და ოჯახურ ისტორიას. ჯანდაცვის სისტემის შეფერხებები მოიცავდა სამედიცინო დაწესებულებების და პროცედურის ხელმისაწვდომობის დონეს [7]. შეერთებულ შტატებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი სიხშირის და სიკვდილიანობის მუდმივი კლება განპირობებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ ტესტების გაზრდილ გამოყენებასთან. თუმცა, არსებობს განსხვავებები პაპტესტის ჩატარების მიხედვით, რაც შეიძლება ნაწილობრივ გამოწვეული იყოს აღქმული ბარიერებით ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორების შესახებ ცოდნის ნაკლებობით. ანალიზმა აჩვენა მნიშვნელოვანი კორელაცია განათლებასა და რისკ-ფაქტორების ცოდნას შორის ($r=0.1381$, $P<0.01$). მრავალვარიანტულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ თეთრებთან შედარებით, ესპანურენოვანებს უფრო მეტად აქვთ კიბოს დიაგნოზის შიში - OR 1.56(95% CI 1.00–2.43), ენის ბარიერი OR 4.72(95% CI 2.62–8.50) და მამაკაცი ექიმების როგორც ბარიერების აღქმა - OR 2.16(95% CI 1.32-3.55). გამოვლენილი ბარიერები იცვლებოდა ასაკის, ოჯახური მდგომარეობისა და წინა სკრინინგის შედეგების მიხედვით [8].

ამერიკაში ჩატარებული კვლევის თანახმად, შავკანიანი ქალები უფრო მეტად ემორჩილებოდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს, მაგრამ მათ შორის უფრო დაბალია პათოლოგიური პაპ ტესტის ცნობადობისა და შემდგომი მკურნალობის მოთხოვნის მაჩვენებელი [9].

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

და სექსუალური აქტივობა მამაკაცთან, რომელსაც ჰყავდა მრავალი პარტნიორი (61.5%) [10].

კენიაში ახალგაზრდა ქალები (35-39 წელი) და დაბალი HDL-ის დონის მქონე ქალები ნაკლებად იყვნენ ჩართული სკრინინგში [OR 0.56 (0.34, 0.93) $p = 0.025$] და [OR 0.51 (0.29, 0.91) $p = 0.023$], ხოლო თვითდასაქმებული ქალები კარგი მატერიალური შესაძლებლობებით, ალკოჰოლის და გლუკოზის ჭარბად მომხმარებლები, და არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობის მქონე ქალები უფრო მეტად იყვნენ ჩართული სკრინინგში [11].

სერბეთში ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ სოციალური და პიროვნული ბარიერების ურთიერთქმედება გავლენას ახდენდა ქალების ცუდ წარმოდგენაზე სკრინინგის შესახებ. სკრინინგისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერები იყო: არაადექვატური განათლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში, პაციენტზე მორგებული ჯანდაცვის სერვისების ნაკლებობა, სოციალურკულტურული თავისებურებებით განპირობებული ჯანმრთელობის რწმენები, გენდერული როლები და პიროვნული სირთულეები [12].

ნორვეგიაში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაბალი სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რაც ძირითადად განპირობებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში ქალების მაღალი მონაწილეობით. თუმცა, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი დაბალი იყო იმიგრანტ ქალებში. ამიტომ ჩაატარეს კვლევა, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული ბარიერებისა და გამოწვევების შესახებ სომალელ და პაკისტანელ ქალებში ოსლოს რეგიონში. კვლევამ აღმოაჩინა სამი დონის ბარიერი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის. ინდივიდუალური დონე მოიცავდა სკრინინგის უპირატესობების გაცნობიერების ნაკლებობას. სოციალურ-კულტურული დონე მოიცავდა სტიგმას, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებასთან და რწმენასთან, რომ გაუთხოვარი ქალები სექსუალურად არააქტიურები არიან. სისტემასთან დაკავშირებული დონე მოიცავდა ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნდობის ნაკლებობას [13].

მიუხედავად საშვილოსნოს ყელის კიბოს (CC) ეროვნული სკრინინგის პროგრამისა, რომელიც ესტონეთში შეიქმნა 2006 წელს, CC სიხშირე 2020 წელს მაინც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი იყო ევროპაში. ქალებში შესაძლო ბარიერების უკეთ გასაგებად, ჩაატარეს კვლევა 25-64 წლის ქალებში 2004-2020 წლებში პაპ ნაცხის ჩატარების ტენდენციის და ბარიერების შესახებ არსებული უთანასწორობის აღწერა და ესტონეთში სხვადასხვა ფაქტორებს შორის ასოციაციების ანალიზი. 2004-2020 წლებში პაპ ნაცხის მთელი ცხოვრების მანძილზე ჩატარების პრევალენტობა გაიზარდა 50.6-დან 86.7%-მდე ($P < 0.001$). 2004 წლიდან 2020 წლამდე პაპ ნაცხის ჩატარება მნიშვნელოვნად გაიზარდა 25-34, 35-44, 45-54 და 55-64 წლის ქალებში, ორივე ეთნიკურ ჯგუფში და ძირითადად, საშუალო და უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში ($P < 0.001$).

პაპ ნაცხის ჩატარებაში განსხვავება გაიზარდა ესტონელებსა და არაესტონელებს შორის, მაგრამ დროთა განმავლობაში შემცირდა განათლების დონეებს შორის. ბარიერები დაკავშირებული იყო სოციალურ-დემოგრაფიულ ფაქტორებთან: ახალგაზრდა ასაკი, არაესტონელი და მარტოხელა ქალები, დაბალი განათლების დონე და უმუშევრობა, ჭარბი წონა და სიმსუქნე, ქრონიკული დაავადების არსებობა და დეპრესია [14.]

დიდ ბრიტანეთში მცხოვრები 25-64 წლის ასაკის 18000 ქალის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ სეკს-ს სკრინინგის ყველაზე ხშირად მოხსენებული ბარიერები იყო: ტკივილი/დისკომფორტი, უხერხულობა და დროის უქონლობა [15].

კანადაში ემიგრანტ ქალებს შორის ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ სკრინინგის ყველაზე გავრცელებულ ბარიერებს მიეკუთვნებოდა განათლების ნაკლებობა, დაბალი შემოსავალი, უპირატესობის მინიჭება ქალი ექიმისათვის, ცოდნის ნაკლებობა, ეფექტური კომუნიკაციის ნაკლებობა და უხერხულობა [16]. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მკერდისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს საგანგაშო მაღალი ზრდაა. განკურნების უფრო დაბალი მაჩვენებელი გამოწვეულია ექიმთან დაგვიანებული მისვლით. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სკრინინგის პროგრამები არ არის ყოვლისმომცველი. ძირითადი ბარიერებია: ინფორმირებულობის ნაკლებობა, სკრინინგის სერვისის ღირებულება და სკრინინგ ცენტრამდე მანძილი. გამოვლინდა უხერხულობა და შიში სკრინინგის პროცედურის დროს და კულტურული ფაქტორები, როგორცაა მეუღლის ან ოჯახის მხარდაჭერის ნაკლებობა [17].

ჰაიტელ ქალებში HPV და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ცოდნის დონე, პრევენციულ ზომებთან ერთად, საგანგაშო დაბალი იყო. ტრადიციული ჯანდაცვის პრაქტიკა, კულტურული მსოფლმხედველობა და სოციალური ქსელები გავლენას ახდენდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციაზე. დადგინდა, რომ ჯანდაცვის სისტემების ბარიერები იყო გავრცელებული ბარიერი ჰაიტი ქალებს შორის აშშ-ში [18] ეკვადორში, მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო მეორე ყველაზე გავრცელებული კიბოა ქალებში, რეპროდუქციული ასაკის ქალების მხოლოდ 58.4%-ს ჰქონდა ერთხელ მაინც გავლილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი. კვლევაში მონაწილეობდა 28 ქალი და 27 ჯანდაცვის პროფესიონალი(HP). ორი ჯგუფი აღიქვამდა სხვადასხვა ბარიერებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის. HP-ებმა მიიჩნიეს ბარიერები ძირითადად პოლიტიკის დონეზე (სტრუქტურირებული სკრინინგის გეგმის არარსებობა; ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ნაკლებობა) და ინდივიდუალურ დონეზე (რისკის აღქმის ნაკლებობა; პირადი შეხედულებები). ქალებმა აღნიშნეს ბარიერები ძირითადად ორგანიზაციულ დონეზე, როგორცაა ხანგრძლივი ლოდინის დრო, ჯანდაცვის ცენტრებში წვდომის ნაკლებობა და პაციენტისა და ექიმის არაადეკვატური კომუნიკაცია. ორივე ჯგუფმა მოიხსენია ფასილიტატორები

პოლიტიკის დონეზე, როგორცაა ეროვნული კამპანიები, რომლებიც ხელს უწყობენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს, და საზოგადოების და ინდივიდუალურ დონეზე, ჯანმრთელობის წიგნიერების და ქალთა გაძლიერების ჩათვლით [19].

ნიგერიაში საშვილოსნოს ყელის სკრინინგისთვის ხშირად მოხსენებული ბარიერები მოიცავდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და სკრინინგის შესახებ ცოდნის ნაკლებობას, ჯანდაცვის სერვისის ფაქტორებს, სკრინინგის არასაჭიროდ აღქმას, შედეგისა და პროცედურის შიშსა და ფინანსურ შეზღუდვებს [20].

ირანელ ქალთა შორის ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ქალებს ჰქონდათ შეზღუდული და დაუზუსტებელი ცოდნა სეკს-ს და სკრინინგის შესახებ, რასაც ემატებოდა მცდარი წარმოდგენები ინფექციისა და კიბოს პრევენციის ღონისძიებების შესახებ. სოციალურმა და კულტურულმა ბარიერებმა შეაფერხა სათანადო კომუნიკაცია ჯანდაცვის სისტემას/პროვაიდერებსა და კლიენტებს შორის სეკს-ს და სკრინინგთან დაკავშირებულ საკითხებზე. სეკს-ს რისკის აღქმა დაბალი იყო მემკვიდრეობითი ფაქტორების როლის გადაჭარბებული შეფასების, კიბოსა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (STI) დიფერენცირების სირთულის გამო და ხილული სიმპტომების არარსებობის გამო [21].

კენიელი ქალებისათვის სკრინინგის ბარიერები მოიცავდა ხელმისაწვდომობას (ტრანსპორტი, ღირებულება), მეუღლის აზრს, სტიგმას, უხერხულობას სკრინინგის დროს, შეშფოთება speculum-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს უნაყოფობა (concerns about speculum use causing infertility), ტესტის შედეგების შიშს, ცოდნის ნაკლებობას და რელიგიურ ან კულტურულ შეხედულებებს [22].

უგანდელი ქალების მიერ ყველაზე ხშირად მოხსენებული ბარიერები იყო უხერხულობა, სკრინინგის პროცედურის ან სკრინინგის შედეგის შიში, შორეულ რეგიონში ან სოფლად ცხოვრება და შეზღუდული რესურსები და ინფრასტრუქტურა [23].

ნიგერიაში სეკს სკრინინგის ჩატარების უპირატესი ბარიერები იყო სკრინინგის ღირებულება, დადებითი შედეგების შიში, ინფორმირებულობის ნაკლებობა, რისკის დაბალი აღქმა და დროის ნაკლებობა. ამის საპირისპიროდ, ქორწინებაში ყოფნა, ასაკის მატება, ინფორმირებულობა სკრინინგის მეთოდების შესახებ და ექიმის რეკომენდაცია იყო ყველაზე დოკუმენტირებული ფასილიტატორები [24].

ინდონეზიაში გამოვლენილი ბარიერები ფოკუსირებული იყო: ცოდნის/ინფორმირებულობის ნაკლებობაზე და სკრინინგის მიმართ ნდობის ნაკლებობაზე, გამოვლინდა შიში, ფატალიზმი და უხერხულობა; დროისა და ტრანსპორტის შეზღუდვები და ქმრის მხრიდან მოწონებისა და მხარდაჭერის ნაკლებობა [25].

ყველაზე ხშირი ინდივიდუალური დონის ბარიერები იყო ზოგადად საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სკრინინგის შესახებ ცოდნისა და ინფორმირებულობის ნაკლებობა [26]. კულტურული/ტრადიციული და რელიგიური ბარიერები მოიცავდა სკრინინგის აკრძალვას და პარტნიორებისა და ოჯახების მხარდაჭერის არქონას, ხოლო სოციალური ბარიერები ძირითადად გამოწვეული იყო საზოგადოების მცდარი შეხედულებებით. ჯანდაცვის სისტემის ბარიერები მოიცავდა პოლიტიკასა და პროგრამულ ფაქტორებს, ხოლო სტრუქტურული ბარიერები დაკავშირებული იყო გეოგრაფიასთან, განათლებასთან და ხარჯებთან. ამ ბარიერების ძირითადი მიზეზები მოიცავდა შეზღუდულ ინფორმაციას საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და სკრინინგზე - როგორც პრევენციულ სტრატეგიაზე. რესურსებით არასაკმარისად უზრუნველყოფილ ჯანდაცვის სისტემებს, რომლებსაც აკლდათ პოლიტიკა ან ცუდად ახორციელებდნენ მათ, ჯანდაცვის სერვისებზე განზოგადებულ შეზღუდულ ხელმისაწვდომობას და გენდერულ ნორმებს, რომლებიც ამცირებენ ქალთა ჯანმრთელობის საჭიროებებს [27.] დასკვნები:

- სკრინინგის შესახებ ცოდნისა და ინფორმირებულობის ნაკლებობა წარმოადგენს სეკ-ს სკრინინგის ჩატარების ფართოდ გავრცელებულ ბარიერს.
- განვითარებულ ქვეყნებში სეკ-ს სკრინინგის ბარიერებს წარმოადგენს: ტკივილის ან დისკომფორტის შიში, უხერხულობა და დროის უქონლობა, მაშინ როდესაც დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მნიშვნელოვანია კულტურულ/ტრადიციული და რელიგიური ბარიერები.

ლიტერატურა

1. Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021 Oct;155:102-6.
2. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2019
3. Guliashvili G, Taboridze I, Mebonia N, Alibegashvili T, Kazakhashvili N, Imnadze P. Evaluation of barriers to cervical cancer screening in Georgia. *Central European Journal of Public Health*. 2023 Mar 1;31(1):9-18.
4. Thompson EL, Galvin AM, Daley EM, Tatar O, Zimet GD, Rosberger Z. Recent changes in cervical cancer screening guidelines: U.S. women's willingness for HPV testing instead of Pap testing. *Prev Med*. 2020 Jan;130:105928
5. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, Guerra CE, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Kim JJ, Andrews KS, DeSantis CE, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Wender RC, Smith RA. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2020 Sep;70(5):321346.

- 6.Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2016 Feb 1;28(1):4-10.
- 7.Allahqoli L, Dehdari T, Rahmani A, Fallahi A, Gharacheh M, Hajinasab N, Salehiniya H, Alkatout I. Delayed cervical cancer diagnosis: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022 Nov;26(22):8467-8480.
- 8 .Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. *J Community Health*. 2017 Aug;42(4):770-778
- 9.Ford S, Tarraf W, Williams KP, Roman LA, Leach R. Differences in cervical cancer screening and follow-up for black and white women in the United States. *Gynecologic oncology*. 2021 Feb 1;160(2):369-74.
- 10.Uysal Toraman A, Yildirim N. Knowledge About Cervical Cancer Risk Factors and Practices of Pap Testing Among Turkish Immigrant Women in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2018 Oct;20(5):1222-1229.
- 11 .Ng'ang'a A, Nyangasi M, Nkonge NG, Gathitu E, Kibachio J, Gichangi P, Wamai RG, Kyobutungi C. Predictors of cervical cancer screening among Kenyan women: results of a nested case-control study in a nationally representative survey. *BMC public health*. 2018 Nov;18(3):1-0.
- 12.Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Social science & medicine*. 2005 Dec 1;61(12):2528-35.
- 13.Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International journal of women's health*. 2017;9:487.
- 14.Suurna M, Orumaa M, Ringmets I, Pärna K. Inequalities in reported use of cervical screening in Estonia: results from cross-sectional studies in 2004-2020. *BMC Womens Health*. 2022 Dec 24;22(1):545. doi: 10.1186/s12905-022-02123
- 15 .Wilding S, Wighton S, Halligan D, West R, Conner M, O'Connor DB. What factors are most influential in increasing cervical cancer screening attendance? An online study of UK-based women. *Health psychology and behavioral medicine*. 2020 Jan 1;8(1):314-28.
- 16.Ferdous M, Lee S, Goopy S, Yang H, Rumana N, Abedin T, Turin TC. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC women's health*. 2018 Dec;18(1):1-3.
- 17.Srinath A, van Merode F, Rao SV, Pavlova M. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-and-middle-income countries: a systematic review. *HealthPolicyPlan*. 2022 Dec16:czac104.
- 18.Guillaume D, Amédée LM, Rolland C, Duroseau B, Alexander K. Exploring engagement in cervical cancer prevention services among Haitian women in Haiti and in the United States: a scoping review. *J PsychosocOncol*. 2022 Dec 14:1-20.
- 19.Vega Crespo B, Neira VA, OrtízSegarra J, Andrade A, Guerra G, Ortiz S, Flores A, Mora L, Verhoeven V, Gama A, Dias S, Verberckmoes B, Vermandere H, Michelsen K, Degomme O. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: the perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*. 2022 Nov 22;22(1):2144

20. Mafiana JJ, Dhital S, Halabia M, Wang X. Barriers to uptake of cervical cancer screening among women in Nigeria: a systematic review. *AfrHealthSci*. 2022 Jun;22(2):295-309
21. Asl RT, Van Osch L, De Vries N, Zendejdel K, Shams M, Zarei F, De Vries H. The role of knowledge, risk perceptions, and cues to action among Iranian women concerning cervical cancer and screening: a qualitative exploration. *BMC public health*. 2020 Dec;20(1):1-2.
22. Lunsford NB, Ragan K, Smith JL, Saraiya M, Aketch M. Environmental and psychosocial barriers to and benefits of cervical cancer screening in Kenya. *The oncologist*. 2017 Feb;22(2):173.
23. Black E, Hyslop F, Richmond R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. *BMC women's health*. 2019 Dec;19(1):1-2.
24. Okolie EA, Barker D, Nnyanzi LA, Anjorin S, Aluga D, Nwadike BI. Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: A systematic review. *Cancer Reports*. 2021 Jul 27:e1514.
25. Robbers GML, Bennett LR, Spagnoletti BRM, Wilopo SA. Facilitators and barriers for the delivery and uptake of cervical cancer screening in Indonesia: a scoping review. *Glob Health Action*. 2021 Jan 1;14(1):1979280. doi: 10.1080/16549716.2021.1979280.
26. Sultana R, Hafeez M, Shafiq S. Awareness about cervical cancer in Pakistani women. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2019 Feb 1(1):21-5.
27. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, Zondi N, Zungu N, Varghese C, Hunting G, Parham G, Simelela P, Moyo S. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. *BMC WomensHealth*. 2022 Dec 2;22(1):486.