



ეჭვქვეშ აქვთ ჩაყვანილი აუდიტის ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„ვაშტიკი“

ეფექტიანობის აუდიტის
დეპარტამენტის უფროსი

გიორგი კაპანაძე

11 აპრილი 2023 წელი
N 17/36

ეგზ.: N1

დაავადებების პრევენცია

საჩივრი

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები	4
შემაჯამებელი მიმოხილვა	5
1. შესავალი	10
1.1 აუდიტის მოტივაცია	10
1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები	12
1.3 შეფასების კრიტერიუმები	12
1.4 აუდიტის მასშტაბი	14
1.5 აუდიტის მეთოდოლოგია	15
2. ზოგადი ინფორმაცია	17
2.1 დაავადებათა ადრეული გამოვლენა – მეორეული პრევენცია	17
2.2 სკრინინგის პროგრამები საქართველოში	18
2.3 ზოგადი სტატისტიკა საქართველოში – მოცვის მაჩვენებლები განსხვავებულ ჯგუფში	20
აუდიტის მიგნებები	23
3. სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებასა და ქცევის შეცვლაზე ორიენტირებული ღონისძიებები	25
3.1 სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებისკენ მიმართული ღონისძიებები	25
3.2 სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგის პროგრამებში ჩასართავად განხორციელებული მოწვევები	30
4. დაინტერესებულ მხარეებთან კოორდინაცია	35
4.1 პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან და შესაბამის სახელმწიფო პროგრამებთან კოორდინაცია	35
4.2 მუნიციპალიტეტებსა და მათ დაქვემდებარებაში არსებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებთან კოორდინაცია	41
4.3 მამომოხილის რესურსის ოპტიმალურად გამოყენების მიზნით დაინტერესებულ მხარეებს შორის კოორდინაცია	44
ბიბლიოგრაფია	50
დანართები	55

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები

NCDC – სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

WHO – World Health Organization.

პჯდ ექიმი – პირველადი ჯანდაცვის ექიმი.

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სკრინინგცენტრი – ა(ა)იპ – ეროვნული სკრინინგ-ცენტრი.

სჯც – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი.



შემაჯავებელი მიმოხილვა

ონკოლოგიური დაავადებები მკურნალობის სირთულისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა. სწორედ ამიტომ ქვეყნების უმრავლესობაში, მათ შორის, საქართველოშიც, კიბოს დროული გამოვლენისა და მკურნალობის ადრეულ სტადიაში დაწყების მიზნით, დანერგილია კიბოს ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამები.

საქართველოში კიბოს სკრინინგის პროგრამები დედაქალაქში – 2008 წლიდან, ხოლო რეგიონებში 2011 წლიდან ხორციელდება და მოიცავს საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და კოლორექტული კიბოს სკრინინგს.

დადასტურებულია, რომ სკრინინგის პროგრამები მხოლოდ იმ შემთხვევაში იძლევა შედეგს, თუ ჩართულია სამიზნე მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი (60%-70%).¹

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელოებიდან/გაიდლაინებიდან იკვეთება მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად შემდეგი ღონისძიებების განხორციელების მნიშვნელობა:²

სქემა 1. ღონისძიებები მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად



საზოგადოების განათლება ცნობიერების გაზრდისთვის უახლესი ინფორმაციის მიწოდება ინდივიდებისთვის ან ჯგუფებისთვის ქცევის შეცვლის მიზნით.



პროგრამაში მონაწილეობის მონიტორინგი და პრობლემის გამოვლენის შემთხვევაში ზომების მიღება მოწვევებისა და ხელახალი გამოძახების სისტემების გამართული ფუნქციონირება, რათა არამოპასუხეებს შეახსენოს სკრინინგი.



ოჯახის ექიმების როლის გაძლიერება მოწვევების განხორციელება და სამიზნე მოსახლეობის მოტივაციაზე ზრუნვა სკრინინგპროგრამებში ჩასართავად, მათი გადამისამართება ზედა დონის ჯანდაცვის სისტემაში.

¹ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection; World Health Organization. (2022). A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all; International Agency for Research on Cancer. (2002). Handbooks of Cancer Screening, Breast Cancer Screening (Vol. 7).

² Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., McKee, M., & World Health Organization. (2020). Screening: when is it appropriate and how can we get it right?; World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection; World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

საქართველოში, კიბოს სკრინინგის პროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის მაჩვენებელი თითქმის 5-ჯერ ჩამოუვარდება რეკომენდებულს და არცერთი კიბოს სახეობისთვის არ აღემატება 13%-ს.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა, რამდენად პროდუქტიული და საკმარისია კიბოს სკრინინგის პროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის ჩართვის მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები.

აუდიტის ობიექტებს წარმოადგენენ:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომ – სამინისტრო);
- სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (შემდგომ – NCDC), როგორც კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელი საქართველოს მასშტაბით, გარდა თბილისისა;
- ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის კონტროლს დაქვემდებარებული ა(ა)იპ – ეროვნული სკრინინგ-ცენტრი (შემდგომ – სკრინინგცენტრი), როგორც თბილისის სკრინინგის პროგრამების ძირითადი მიმწოდებელი, რომლის ამოცანაა თბილისის მუნიციპალიტეტის მასშტაბით სკრინინგის პროგრამის განვითარების მიზნით საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელება.

აუდიტის პერიოდი მოიცავს 2018-2021 წლებს. ანალიტიკური მიზნებისთვის, ასევე ანგარიშის დასკვნებისა და რეკომენდაციების ფორმულირებისას, გათვალისწინებულია აუდიტის ძირითადი პროცედურების დასრულებამდე არსებული პერიოდი.

საქართველოში სკრინინგპროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის რეკომენდებულ მაჩვენებელთან მნიშვნელოვნად ჩამორჩენის მიზეზები იდენტიფიცირებული აქვთ სამინისტროსა და კიბოს სკრინინგის პროგრამის განმახორციელებლებს. მათ მიერ არსებულ გამოწვევებზე საპასუხო ღონისძიებები ხორციელდება, თუმცა აღნიშნული ღონისძიებები არ არის სისტემური, რეგულარული, კომპლექსური და სათანადოდ კოორდინირებული.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მოსაზრებით, არსებობს გაუმჯობესების პოტენციური სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის გაზრდის მიზნით განხორციელებულ ღონისძიებებში:

სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებასა და ქვეყნის შიგნითა და გარეშით მდებარე ღონისძიებები

პროგრამის 15-წლიანი ოპერირების მიუხედავად, მოსახლეობის არასაკმარისი ცნობიერება კვლავ რჩება მოცვის დაბალი მაჩვენებლის ძირეულ მიზეზად.

აღნიშნულზე საპასუხოდ არ არის შემუშავებული ერთიანი საშუალოვადიანი/ გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმა, რომელიც გააერთიანებს ცნობიერების ამაღლებისა და ქვეყნის შეცვლის მიზნით განსახორციელებელ აქტივობებს, საჭირო რესურსებსა და დაინტერესებული მხარეების როლს.



საქართველოში არ ხორციელდება მიზანმიმართული რეგულარული კამპანია, რომელიც დაფარავს ქვეყნის ყველა რეგიონს. NCDC-ის მიერ 2019 წელს განხორციელებული ცნობიერების ამაღლების კამპანია მოიცავდა ორ რეგიონს და მომდევნო წლებში აღარ გაგრძელებულა.

კამპანია არ ეფუძნებოდა სამიზნე მოსახლეობის კვლევას, რომელიც შეაფასებდა მათ ცოდნასა და დამოკიდებულებას კიბოს სკრინინგის შესახებ, და გამოავლენდა სკრინინგპროგრამებში მათი დაბალი ჩართულობის მიზეზებს. შედეგად, კამპანიის ძირითადი გზავნილები იყო ზოგადი ხასიათის³ და ნაკლებად უწყობდა ხელს საზოგადოებაში კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით არსებული მცდარი წარმოდგენების დაძლევას.⁴

ლონისძიებების განხორციელების შემდგომ არ შეფასებულა მათი გავლენა და ეფექტიანობა. აღნიშნულ კამპანიას მოცვის მაჩვენებლების არსებითი ზრდა არ მოჰყოლია.

ასევე აღსანიშნავია, რომ არ არის გამართული კიბოს სკრინინგზე სამიზნე მოსახლეობის მონვევების სისტემა, რომელიც მოსახლეობის ქცევის შეცვლისთვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია. კერძოდ, NCDC-ის და სკრინინგცენტრის მიერ სამიზნე მოსახლეობის მონვევის მიზნით გაგზავნილი შეტყობინებები არ არის პერსონალიზებული, იგზავნება არასისტემატურად და შაბლონური ტექსტის სახით,⁵ რაც სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლის გაზრდაზე მნიშვნელოვან გავლენას ვერ ახდენს.

განმახორციელებლებისთვის და სერვისის მიმწოდებლებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი მონვევებისთვის საჭირო პერსონალური ინფორმაციის შემცველი ბაზები, თუმცა NCDC-ის მიერ აუდიტის პერიოდში არ ყოფილა გამოყენებული ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ან მის მიერ ადმინისტრირებადი სხვა ინფორმაცია, სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის ბაზების შედგენის მიზნით.

დამატებითი მხარდაჭერა კონკრეტულად

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ კიბოს სკრინინგის პროგრამა იზოლირებულია სხვა სახელმწიფო პროგრამებისგან და არ არის განსაზღვრული სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის ფუნქციები და მოვალეობები, სკრინინგის პროგრამაში მოსახლეობის ჩართვის მიმართულებით. შედეგად, პროგრამის ეფექტიანობის გასაზრდელად ოპტიმალურად არ გამოიყენება დაინტერესებული მხარეებისა და სხვა პროგრამების რესურსები.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორი არ ახორციელებს პროაქტიურ ღონისძიებებს სამიზნე მოსახლეობის კიბოს სკრინინგის პროგრამებში ჩასართავად. კერძოდ, საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების (შემდგომ – პჯდ ექიმი) ღონისძიებები უმეტესად ვიზიტზე მისული პაციენტების ინფორმირებით შემოიფარგლება, მაშინ როდესაც კარგი პრაქტიკა

³ კამპანიაში (სატელევიზიო რეკლამები, პოსტერები, ფლაერები და სოციალურ ქსელში განთავსებული ინფოგრაფიკები) აქცენტი გაკეთებულია შემდეგ გზავნილებზე: „დროული დიაგნოსტიკა კიბოს დამარცხების საუკეთესო საშუალებაა“; „ჩაიტარე კიბოს სკრინინგი, იყავი ჯანმრთელი“.

⁴ გამოკითხულთა უმეტესობამ სკრინინგპროგრამებში არმონაწილეობის მიზეზად დაასახელა ჩივილების არქონა. აღნიშნული მიუთითებს სკრინინგის მიმართ სამიზნე მოსახლეობის არასწორ დამოკიდებულებაზე, რადგან კიბოს სკრინინგი გულისხმობს უსიმპტომო ადამიანების პერიოდულ კვლევას.

⁵ მაგალითად, „ჩაიტარე უფასო სკრინინგული გამოკვლევები და იყავი დაცული“, „თქვენ გეკუთვნით უფასო გამოკვლევა საშვილოსნოს ყელის კიბოზე. ინფორმაციისთვის დარეკეთ 1505“.



ითვალისწინებს პაციენტის რეფერირებას სკრინინგის განმახორციელებელ დაწესებულებაში, პაციენტის სკრინინგპროცედურაზე მოწვევის პროცესში ჩართულობას და სხვ. საქართველოში სოფლის/ოჯახის ექიმების, დაახლოებით, მესამედი ახორციელებს პაციენტების რეფერალს სკრინინგპროგრამებში.

ოჯახის/სოფლის ექიმების ნაკლებ ჩართულობას ადასტურებს აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული სამიზნე მოსახლეობის გამოკითხვის შედეგები, რომლის თანახმადაც, კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ გამოკითხულთა 6%-ს სმენია ოჯახის ექიმებისგან.

აუდიტის ობიექტების მხრიდან არ ყოფილა სკრინინგის პროგრამებში პჯდ ექიმების როლის გააქტიურებისკენ მიმართული სისტემური ღონისძიებები. მათთვის არ არის განვრცოილი სკრინინგპროგრამებთან დაკავშირებული შესაბამისი ფუნქციები და არ ხორციელდება ამ მიმართულებით მათი საქმიანობის მონიტორინგი. პჯდ ექიმების გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ ნახევარზე მეტს არ გაუვლია კიბოს სკრინინგის პროგრამებთან დაკავშირებული ტრენინგები და არ მიუღიათ მითითებები პროგრამის პოტენციურ ბენეფიციარებთან კომუნიკაციისთვის საჭირო გზავნილების შესახებ.

შესწავლამ ასევე აჩვენა, რომ მუნიციპალიტეტების მიერ კიბოს სკრინინგის პროგრამების მხარდაჭერა სუსტია, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების⁶ რესურსი სრულად ათვისებული არ არის კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცნობიერების ამაღლებისა და მოსახლეობის ქცევის შეცვლის მიმართულებით.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ორგანიზებული გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ 13 მუნიციპალიტეტიდან მხოლოდ 5-მა განახორციელა ღონისძიებები სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგის პროგრამებში ჩასართავად, ხოლო 11 სჯც-დან 5-ს 2018-2021 წლებში კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის მხარდამჭერი არცერთი ღონისძიება არ განუხორციელებია.

მუნიციპალიტეტებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის არ არის განვრცოილი კონკრეტული ვალდებულებები, მათი ფუნქციები და როლი კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობის მიმართულებით. აღნიშნულის გამო მათი ჩართულობის მასშტაბი და ხარისხი კონკრეტული მუნიციპალიტეტის ინიციატივაზეა დამოკიდებული და ვერ უზრუნველყოფს კოორდინირებულ მუშაობას კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში უკეთესი შედეგების მისაღწევად.

სკრინინგის მომსახურებაზე ტერიტორიული ხელმისაწვდომის გაუმჯობესების მიზნით, საქართველოში, სხვა ქვეყნების მსგავსად გამოიყენება მამომობილები, თუმცა, მამომობილების რესურსი სრულად არ არის ათვისებული პროგრამის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ბარიერის შესამსუბუქებლად. კერძოდ, დაინტერესებულ მხარეებს შორის სათანადო კოორდინაციის შედეგად მოსახლეობის მობილიზების ღონისძიებების გააქტიურებით, მამომობილებს აქვთ შესაძლებლობა ერთი ვიზიტის ფარგლებში მოემსახურონ მეტ ბენეფიციარს, ასევე ვიზიტები განახორციელონ უფრო მეტ მუნიციპალიტეტში.

არსებული გამოწვევების საპასუხოდ, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეიმუშავა რეკომენდაციები, რომლებიც მიმართულია კიბოს სკრინინგის პროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის ჩართვის მიზნით განხორციელებული ღონისძიებების გაუმჯობესებისკენ.

⁶ საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის მუნიციპალიტეტებში შექმნილია მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები, რომელთა მეთოდურ ხელმძღვანელობას ახორციელებს სამინისტრო.



ჩაკონკრეტოვება

NCDC-ს საინფორმაციო პოლიტიკა

- სკრინინგპროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის მაჩვენებლის გაზრდის მიზნით, განახორციელოს სისტემური და რეგულარული ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული ღონისძიებები. იმისათვის, რომ ღონისძიებები იყოს ქმედითი, მნიშვნელოვანია:
 - შემუშავდეს საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმა, რომელიც გააერთიანებს განსახორციელებელ აქტივობებს, საჭირო რესურსებსა და დაინტერესებული მხარეების როლს;
 - ცნობიერების ამაღლების მიზნით გამართული კამპანიები და მის ფარგლებში გამოყენებული გზავნილები დაიგეგმოს მოსახლეობის დაბალი ჩართულობის რეალური მიზეზების შესაბამისად;
 - უზრუნველყოფილ იქნეს დაინტერესებულ მხარეებთან კოორდინაცია და მათი ჩართვა ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებში;
 - გაანალიზდეს და შეფასდეს ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული ღონისძიებების შედეგები, სამომავლოდ უფრო ქმედითი ღონისძიებების შერჩევის მიზნით.
- სკრინინგპროგრამების სამიზნე მოსახლეობის ქცევის შეცვლის მიზნით, რეგულარულად დააგზავნოს პერსონალიზებული მონაცემები საქართველოს მასშტაბით, რისთვისაც აუცილებელია სამიზნე მოსახლეობის შესახებ პერსონალური ინფორმაციის შეგროვება და დამუშავება.

საინფორმაციო NCDC-თან პოლიტიკა

- კიბოს სკრინინგპროგრამის სხვა პროგრამებთან ინტეგრაციისა და დაინტერესებული მხარეების რესურსების პროდუქტიულად გამოყენების მიზნით, ხელი შეუწყოს კოორდინაციის პროცესის გაუმჯობესებას, რისთვისაც მნიშვნელოვანია:
 - შეიმუშაოს დაინტერესებული მხარეების (მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების) პოტენციური როლებისა და ფუნქციების ამსახველი სქემა/გზამკვლევი, რომელიც სახელმძღვანელო იქნება მათთან სამომავლო კოორდინაციისათვის;
 - გაწეროს მათთან კოორდინაციის ფორმა, პერიოდულობა, მიზანი და კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი პირები;
 - შეიმუშაოს დაინტერესებული მხარეების მიერ განხორციელებულ აქტივობებზე ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზისა და შესაბამისი უკუკავშირის/რეაგირების მექანიზმი.



1. შესავალი

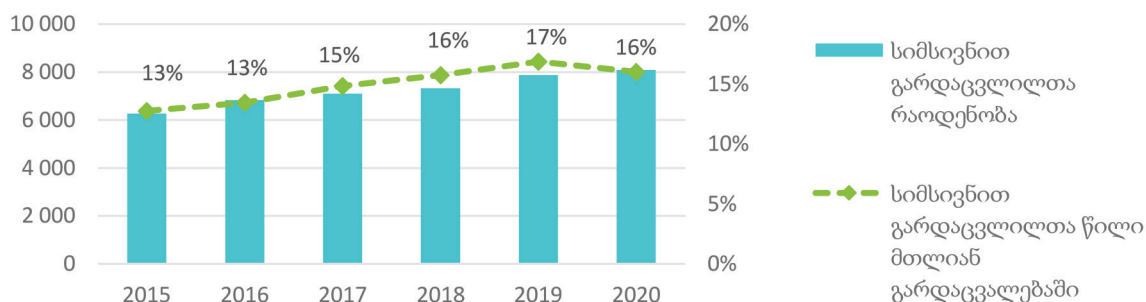
1.1 აუდიტის მოტივაცია

ონკოლოგიური დაავადებები მსოფლიო ჯანდაცვისთვის ერთ-ერთ გამოწვევად მიიჩნევა მისი მკურნალობის სირთულიდან, სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლისა და მკურნალობისთვის საჭირო ფინანსური რესურსიდან გამომდინარე. სწორედ ამიტომ, ქვეყნების უმრავლესობაში კიბოს დროული გამოვლენის, მკურნალობის ადრეულ სტადიაში დასაწყებად და ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად, დანერგილია კიბოს სკრინინგის პროგრამები.

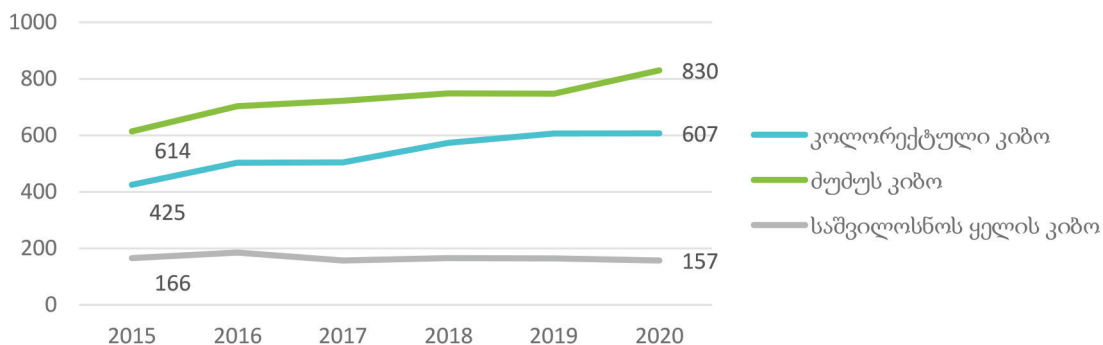
საქართველოში კიბოს სკრინინგის პროგრამები დედაქალაქში – 2008 წლიდან, ხოლო რეგიონებში 2011 წლიდან ხორციელდება და მოიცავს საშვილოსნოს ყელის, ძუძუსა და კოლორექტული კიბოს სკრინინგს.

მიუხედავად ამისა, ონკოლოგიური დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. სიმსივნით გარდაცვლილთა რაოდენობა და წილი ყოველწლიურად მზარდი ტენდენციით გამოირჩევა (გრაფიკი 1), მათ შორის სიმსივნის იმ სახეობებისთვის, რომელთა დაკავშირებითაც სკრინინგის პროგრამებია შემუშავებული (გრაფიკი 2).⁷

გრაფიკი 1. სიმსივნით გარდაცვლილთა რაოდენობა და წილი



გრაფიკი 2. კოლორექტული, საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოთი გარდაცვლილთა რაოდენობა



⁷ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები.

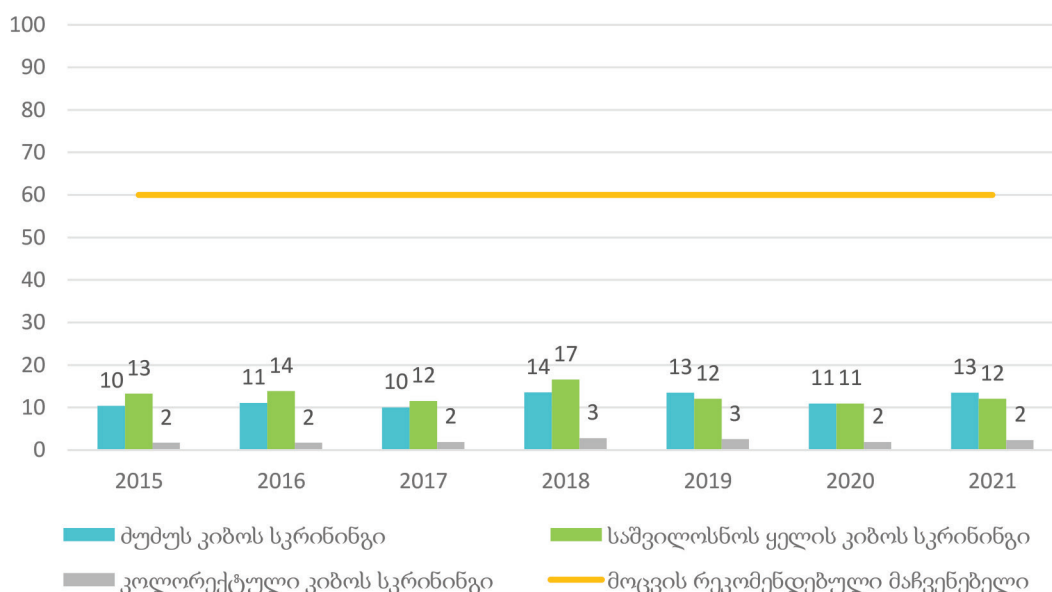


დადასტურებულია, რომ სკრინინგის პროგრამები მხოლოდ იმ შემთხვევაში იძლევა შედეგს, თუ ჩართულია სამიზნე მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი (60%-70%).⁸ ევროპის უმეტესი ქვეყნების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად არ ჩამოუვარდება აღნიშნულ მაჩვენებელს.⁹ საერთაშორისო გამოცდილებით დადასტურებულია, რომ სკრინინგის კარგად ორგანიზებული პროცესი და სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის მაღალი მაჩვენებელი ზრდის ადრეულ გამოვლენას და ამცირებს ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობის ხარჯებს.

საქართველოში კიბოს სკრინინგის პროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის მაჩვენებელი თითქმის 5-ჯერ ჩამოუვარდება რეკომენდებულს და არცერთი კიბოს სახეობისთვის არ აღემატება 13%-ს (იხ. გრაფიკი 3, 2021 წელი), რაც აისახება დაავადებათა ადრეული გამოვლენის მაჩვენებელზე.

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის სტრატეგიის¹⁰ სამოქმედო გეგმის შესრულების ინდიკატორების მიხედვით, 2020 წლისთვის იგეგმებოდა 2015 წელთან შედარებით სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლების 50%-იანი მატება, თუმცა როგორც გრაფიკიდან ჩანს, აღნიშნული მაჩვენებელი ვერ იქნა მიღწეული. ამასთანავე, ვერც ერთ წელს ვერ დაკმაყოფილდა პროგრამული ბიუჯეტით 2019-2021 წლებში დაგეგმილი სამიზნე მაჩვენებელი: მოცვის წლიური 5%-იანი ზრდა.

გრაფიკი 3. სკრინინგის პროგრამებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი (%)



⁸ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection; World Health Organization. (2022). A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all; International Agency for Research on Cancer. (2002). Handbooks of Cancer Screening, Breast Cancer Screening (Vol. 7).

⁹ Gianino, M.M., Lenzi, J., Bonaudo, M. et al. (2018). Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates.

¹⁰ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 11 იანვრის №2 დადგენილება „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“.

გლობალური სტატისტიკის მიხედვით, საქართველო 70-ე ადგილზეა 100 ათას მოსახლეზე კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების ოდენობით (191.3), თუმცა 38-ე ადგილზე – სიკვდილიანობის მიხედვით (111.3), მაშინ როდესაც სკრინინგის პროგრამების განხორციელების კარგი პრაქტიკის მქონე ქვეყნებში ეს მაჩვენებლები პირიქითაა.¹¹ სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში სიმსივნით დაავადებულთა დაახლოებით 43% ავადობის მესამე და მეოთხე სტადიაზე გამოვლინდა. აღნიშნული ფაქტები მიუთითებს ქვეყანაში სიმსივნის ადრეული გამოვლენის მექანიზმის სისუსტესა და სკრინინგის პროგრამების გაუმჯობესების პოტენციალზე.

1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს სკრინინგის სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომ – სამინისტრო), სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (შემდგომ – NCDC), ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის ა(ა)იპ – ეროვნული სკრინინგ-ცენტრის (შემდგომ – სკრინინგცენტრი) მიერ განხორციელებული ღონისძიებების ეფექტიანობა, გამოავლინოს პროცესებში არსებული ნაკლოვანებები და გასცეს შესაბამისი რეკომენდაციები.

აუდიტის მიზნიდან გამომდინარე, მთავარ კითხვად განისაზღვრა შემდეგი:

ჩამდენად პროექტიული და საკაპიანია კიბოს სკრინინგის პროგრამაში სამიზნე მოსახლეობის ჩართვის მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები?

აუდიტის ქვეკითხვებია:

- რამდენად სათანადო ღონისძიებები ტარდება სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებისა და ქცევის შეცვლის მიზნით?
- რამდენად გამართულია კოორდინაცია დაინტერესებულ მხარეებთან სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად?

1.3 შეფასების კრიტერიუმები

აუდიტში შეფასების კრიტერიუმად გამოყენებულია შემდეგი დოკუმენტები:

WHO-ის სახელმძღვანელოები/გაიდლაინები¹² – ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების მიხედვით, კიბოს სკრინინგის ეფექტიანი პროგრამის განხორციელება არის რთული ამოცანა, რომელიც მოითხოვს ძლიერ ხელმძღვანელობასა და კოორდინაციას. ითვლება, რომ პროგრამა ეფექტიანად მიმდინარეობს, თუ მიღწეულია კიბოს სკრინინგის მოცვის მაღალი მაჩვენებელი და მომსახურების მაღალი ხარისხი. სახელმძღვანელოები/

¹¹ World Cancer Research Fund International – Global cancer data by country, <https://www.wcrf.org/cancer-trends/global-cancer-data-by-country/>.

¹² იხ. ბიბლიოგრაფია – WHO-ის სახელმძღვანელოები/გაიდლაინები.



გაიდლაინები აღწერს მოსახლეობის დაბალი ჩართულობის ზოგიერთ მიზეზს და ასეთი გამოწვევების გადაჭრის გზებს.

მაგალითად, სახელმძღვანელოს თანახმად, იმისთვის, რომ სკრინინგის პროგრამებმა გამართულად იფუნქციონიროს, მნიშვნელოვანია: კოორდინაცია და ანგარიშვალდებულება სისტემის ყველა დონეზე; ობიექტური, გასაგები და მარტივი ინფორმაციის მიწოდება სამიზნე მოსახლეობისათვის; მოწესრიგებული საინფორმაციო სისტემები; დაფინანსება და ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობების გათვალისწინება.

WHO-ის გაიდლაინების მიხედვით, მოსახლეობის სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამის¹³ ფარგლებში და გაუმართლებელია ოპორტუნიტული მოდელის¹⁴ გამოყენება. გაიდლაინების მიხედვით მნიშვნელოვანია პროგრამების ეფექტიანობის გაზრდის ბარიერების იდენტიფიცირება და მათ დასაძლევად ზომების გატარება. პოტენციური ბარიერები შეიძლება ეხებოდეს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურას, როგორცაა, გადახდის მოდელები და ადამიანური, ფიზიკური და ფინანსური რესურსების ხელმისაწვდომობა. პოტენციური გადაწყვეტილებები მოიცავს ისეთი დაფინანსების მოდელების შექმნას, რომლებიც ხელს შეუწყობენ ინფორმაციის ნაკადის გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის მუშაკებში შესაბამისი უნარ-ჩვევების შეძენის უზრუნველყოფას და ლოგისტიკური ბარიერების მოხსნას.

სხვა ქვეყნების პრაქტიკის შესახებ ანგარიშების/კვლევების შედეგები¹⁵ – სამიზნე მოსახლეობის მაღალი ჩართულობის უზრუნველსაყოფად, ქვეყნებს აქვთ წინასწარ დაგეგმილი, სისტემური და მრავალჯერადი კიბოს სკრინინგის ცნობიერების ამაღლების კამპანიები. კვლევები აჩვენებს, რომ მოცვის მაღალი მაჩვენებლები დაკავშირებულია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის უფრო მეტ ჩართულობასთან; ასევე გამოიყენება ინდივიდუალური მოწვევების ფორმები: წერილები და სატელეფონო ზარები, ხოლო არამოპასუხეების შემთხვევაში – შეხსენებები, რაც ეფექტიანი მექანიზმია სამიზნე მოსახლეობის პროგრამებში ჩასართავად.

NCDC-ის დეპარტამენტების დებულებები¹⁶ – დებულებების მიხედვით, NCDC-ის დეპარტამენტების ფუნქციებში შედის:

¹³ ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამას აქვს სამიზნე მოსახლეობის იდენტიფიცირების მექანიზმი და უზრუნველყოფს სკრინინგზე დასასწრებად პერსონალური მოწვევების გაგზავნას. მოწვევები შეიძლება გაიგზავნოს წერილების, ელექტრონული შეტყობინებების, პირველადი ჯანდაცვის, საზოგადოების ჯანდაცვის მუშაკების მიერ ან სხვა საშუალებებით.

¹⁴ ოპორტუნიტული სკრინინგის დროს სამიზნე მოსახლეობა სკრინინგის ჩასატარებლად მიდის თვითდინებით (მიმდინარეობს თვითრეგულირება).

¹⁵ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england#BCOC_bowel_screening_evidence1; Australian Government. National Bowel Cancer Screening Program – Campaign evaluation 2016. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-bowel-cancer-screening-program-campaign-evaluation-2016> Emery, J., Trevena, L., Mazza, D., Fallon-Ferguson, J., Shaw, K., Williams, B., & Varlow, M. (2012). The role of primary and communitybased healthcare professionals in early detection and follow-up in cancer care—a rapid review of best practice models: an evidence check rapid review brokered by the Sax Institute. NSW; Duffy SW, Myles JP, Maroni R, Mohammad A. (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services.

¹⁶ სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2020 წლის 11 აგვისტოს №06-161/ო ბრძანება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების და რეგიონული მართვის დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“; სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2014 წლის 18 ივნისის №06-111/ო ბრძანება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“.



- არაგადამდებ დაავადებათა სტრატეგიებსა და სამოქმედო გეგმებზე მუშაობა;
- სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება – არაგადამდები დაავადებების სფეროში ჩასატარებელი კვლევების საჭიროების განსაზღვრა, განხორციელება, დაკვეთა და ანგარიშგების უზრუნველყოფა; არაგადამდები დაავადებების, მათი რისკებისა და პრევენციის შესახებ მომზადებული საინფორმაციო მასალის მოსახლეობისთვის ადაპტირება და გავრცელება სხვადასხვა საშუალებით;¹⁷ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კომუნიკაციის დაგეგმვა და განხორციელებაში მონაწილეობა, მათი მიმდინარეობის მონიტორინგი და შეფასება;
- მუნიციპალიტეტებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებთან (შემდგომ – სჯც) კოორდინაცია – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობა; პარტნიორული ურთიერთობების გაღრმავება ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებთან; ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ძირითადი სამიზნეების ინტეგრაცია ადგილობრივი მოსახლეობის კულტურის, განათლების, ტრადიციებისა და უნარ-ჩვევების მიხედვით და რეკომენდაციების შემუშავება მუნიციპალურ პროგრამებსა და ღონისძიებებში შესატყვისი სერვისების, ინტერვენციების, საგანმანათლებლო პროგრამების გათვალისწინებისათვის; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური ცენტრებისათვის სახელმძღვანელოს/მეთოდური რეკომენდაციების მომზადებაში მონაწილეობა.

1.4 აუდიტის მასშტაბი

დაავადებათა პრევენცია კომპლექსური საკითხია, რომელიც მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან მრავალსექტორულ მიდგომასა და დაინტერესებულ მხარეებთან კოორდინირებულ მუშაობას. დაავადებათა პრევენციის სამსაფეხურიანი სისტემიდან, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა მეორეული პრევენცია, რომელიც მოიცავს დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენას. აუდიტი ფოკუსირდა მხოლოდ კიბოს სკრინინგის ქვეპროგრამაზე, როგორც საქართველოში არსებული დაავადებების ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამებიდან ერთ-ერთ ყველაზე არსებითზე. იქიდან გამომდინარე, რომ ყველაზე დიდ გამოწვევად სკრინინგის პროგრამების დაბალი მოცვის მაჩვენებელი სახელდება, პროგრამების ფარგლებში შესწავლილ იქნა კიბოს სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებები.

აუდიტის ობიექტებად განისაზღვრა:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის, მათ შორის, კიბოს სკრინინგის პროგრამების განმსაზღვრელი მთავარი სახელმწიფო უწყება;
- სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, როგორც კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელი საქართველოს მასშტაბით, გარდა თბილისისა;

¹⁷ სოციალურ ქსელებში საგანმანათლებლო მასალების პერმანენტულად განთავსება, ფლაერების და მცირე საინფორმაციო ბროშურების მომზადება, ბეჭდვა-გავრცელების დაგეგმვა და განხორციელება/ ორგანიზება.



2. ჩამოყალიბდა გაერთიანებული კოორდინაციის დაინტერესებულ მხარეებთან სკრინინგის პროგრამაში მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად?

- ოჯახის/სოფლის ექიმების საქმიანობის მარეგულირებელი ნორმატიული მასალის ანალიზი;
- ოჯახის/სოფლის ექიმების გამოკითხვა²⁰ სკრინინგის პროგრამებზე სახელმწიფო უწყებებთან კოორდინაციასთან დაკავშირებით;
- ოჯახის ექიმებთან, სჯც-ებთან და მუნიციპალიტეტებთან NCDC-ის კოორდინაციის შეფასება;
- სჯც-ების ფუნქციების ანალიზი კიბოს სკრინინგის პროგრამის ხელშეწყობის მიმართულებით და აღნიშნულის შედარება კარგ პრაქტიკასთან;
- მუნიციპალიტეტებისა და სჯც-ების გამოკითხვა;²¹
- კიბოს სკრინინგის მიმწოდებლებისა და ორგანიზებულ სკრინინგში ჩართული სკრინინგცენტრის პარტნიორი ამბულატორიების გამოკითხვა;²²
- მამომოზილების დატვირთვის და ვიზიტის განხორციელების პროცესში დაინტერესებულ მხარეებს შორის არსებული კოორდინაციის ანალიზი.

²⁰ გამოიკითხა 143 ოჯახის ექიმი (ოჯახის ექიმების 6%) და 492 სოფლის ექიმი (სოფლის ექიმების 39%), ჩატარდა 2 ფოკუსჯგუფის შეხვედრა 2 მუნიციპალიტეტის 11 სოფლის ექიმთან. ინფორმაცია ოჯახის ექიმების საერთო რაოდენობის შესახებ, რომელთაც 2021 წლის მდგომარეობით აქვთ საოჯახო მედიცინის სპეციალობა და არიან პროფესიულად აქტიური ექიმები, მოპოვებულია ჯანდაცვის პლატფორმიდან (შეიქმნა 2021 წელს კოვიდ ვაქცინაციასთან დაკავშირებით). სოფლის ექიმების საერთო რაოდენობის შესახებ მონაცემი მონოდებულია ა(ა) იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის მიერ. სოფლის ექიმების პასუხების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი განპირობებულია გამოკითხვის პროცესში ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის აქტიური ჩართულობით.

²¹ გამოიკითხა 13 მუნიციპალიტეტი: ახალქალაქი, ახალციხე, ბოლნისი, გორი, გურჯაანი, ზუგდიდი, თეთრიწყარო, თიანეთი, ლაგოდეხი, ოზურგეთი, საჩხერე, ცაგერი, ხელვაჩაური და მათ დაქვემდებარებაში არსებული სჯც-ები (სულ – 11 სჯც, რადგან ახალციხისა და ხელვაჩაურის მუნიციპალიტეტებში სჯც არ ფუნქციონირებდა). აუდიტის ჯგუფის მიერ შემუშავებული კითხვარი გაიგზავნა შერჩეულ მუნიციპალიტეტებსა და სჯც-ებთან. მიღებული პასუხები დაზუსტდა და გაანალიზდა აუდიტის ჯგუფის მიერ (მათ შორის, სატელეფონო კომუნიკაციით).

²² აუდიტის ჯგუფის მიერ შემუშავებული კითხვარის შევსება განხორციელდა ონლაინ ინტერვიუების მეშვეობით. სკრინინგპროგრამების 88 მიმწოდებელი დაწესებულებიდან შეირჩა ისეთები, რომლებიც ახორციელებენ ყველა სახეობის კიბოს სკრინინგს და არ მდებარეობენ თბილისში. ასეთია სულ 8 დაწესებულება, საიდანაც შეირჩა 5 მიმწოდებელი. 2021 წლის სკრინინგცენტრის პარტნიორი 15 ამბულატორიიდან შეირჩა 6 იმ პრინციპით, რომ შერჩევაში არ მოხვედრილიყო მხოლოდ 1 კომპანიის განსხვავებული ფილიალები.



2. ზოგადი ინფორმაცია

2.1 დაავადებათა პრევენციის სამსაფეხურიანი სისტემა – მეორეული პრევენცია

კიბოს ადრეული გამოვლენის პროგრამები ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია დაავადებათა პრევენციის სამსაფეხურიანი სისტემაში. სქემა 2 ასახავს დაავადებათა პრევენციის ინტერვენციების ფართო სპექტრს, რომელთა ერთობლიობამ უნდა უზრუნველყოს დაავადებათა ტვირთისა და მასთან დაკავშირებული რისკფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანა.

სქემა 2. დაავადებათა პრევენციის სამსაფეხურიანი სისტემა²³



დაავადებათა ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის მიზნით, ქვეყნებში ხორციელდება ადრეული დიაგნოსტიკისა და სკრინინგის პროგრამები. ადრეული დიაგნოსტიკა ფოკუსირებულია სიმპტომატურ პაციენტებში დაავადების რაც შეიძლება სანცის ეტაპზე გამოვლენაზე, ხოლო სკრინინგი გულისხმობს უსიმპტომო პირების ტესტირებას დაავადების გამოსავლენად. ორივე სახის პროგრამის საბოლოო მიზანია კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება. ქვემოთ მოცემული სქემა აუდიტის მასშტაბიდან გამომდინარე, აჯამებს კიბოს სკრინინგის ნაბიჯებს.²⁴

²³ World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>; Institute for Work and Health. Primary, secondary and tertiary prevention. <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>

²⁴ World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.



სქემა 3. კიბოს სკრინინგის ძირითადი ნაბიჯები²⁵

სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის იდენტიფიცირება

მტკიცებულებების საფუძველზე სამიზნე მოსახლეობის განსაზღვრა; რეგისტრების გამოყენება, სამიზნე მოსახლეობაში შემავალი პირების იდენტიფიცირების მიზნით.

ინფორმირება და მოწვევა სკრინინგზე

სამიზნე მოსახლეობის ინფორმირება და ცნობიერების ამაღლება სკრინინგის პროგრამების შესახებ; მათი მოწვევა პროგრამებში ჩართულობის მიზნით.

ტესტირება

სკრინინგტესტების ჩატარება შეთანხმებული მეთოდების გამოყენებით.

ჩაღრმავებული კვლევისთვის რეფერირება ან უარყოფითი პასუხების შეტყობინება

დადებითი პასუხის შემთხვევაში, პაციენტის გადამისამართება შესაბამის სერვისებზე და უარყოფითი პასუხების შეტყობინება შესაბამისი პირებისთვის.

დიაგნოსტიკა

დადებითი შემთხვევების დიაგნოსტიკა და ცრუ დადებითი პასუხების იდენტიფიცირება.

მკურნალობა და შემდგომი დაკვირვება

შემთხვევების სათანადოდ მკურნალობა და ზოგ შემთხვევაში შემდგომი მეთვალყურეობა.

შედეგების მოხსენება

ცრუ უარყოფითი პასუხების იდენტიფიცირებისთვის და სკრინინგის პროგრამის ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად, შედეგების შეგროვება, ანალიზი და მოხსენება.

2.2 სკრინინგის პროგრამები საქართველოში

საქართველოში ძუძუს კიბოს, საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამები ხორციელდება WHO-ის რეკომენდაციით.²⁶

რეგიონულ დონეზე პროგრამების განმახორციელებელია NCDC, ხოლო თბილისში პროგრამას ახორციელებს ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის მერია. ქვემოთ მოცემული სქემა ასახავს თითოეული სახეობის კიბოს სკრინინგით მოცულ სერვისებს.

²⁵ ცრუ დადებითია სკრინინგტესტის პასუხი, როდესაც ტესტი შეცდომით ავლენს პათოლოგიურ მდგომარეობას, ხოლო ცრუ უარყოფითია პასუხი, როდესაც პირს აქვს პათოლოგია, თუმცა სკრინინგის ტესტმა აღნიშნული ვერ გამოავლინა.

²⁶ World Health Organization. (2022). A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.



სქემა 4. კიბოს სკრინინგის პროგრამებში შემავალი კომპონენტები²⁷

ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ასაკის ქალებში - თბილისსა და რეგიონებში	• ძუძუს ფიზიკალური გასინჯვა და მამოგრაფიული გამოკვლევა 2 პროექციაში (2 რადიოლოგის მიერ ერთმანეთის დამოუკიდებლად წაკითხვით); • პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში, ექსკოპიის კონტროლით ძუძუს ბიოფსია; • აღებული ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური კვლევა.
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ჩათვლით ასაკის ქალებში - თბილისსა და რეგიონებში	• ოჯახის ექიმის და/ან გინეკოლოგის მიერ გასინჯვა/დათვალიერება და PAP-ნაცხის აღება; • PAP-ტესტის ჩატარება ბეტესტას მეთოდზე დაყრდნობით; • პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, კოლპოსკოპია და საჭიროების შემთხვევაში, ბიოფსიური მასალის აღება; • აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური კვლევა.
კოლორექტული კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის ასაკის ჩათვლით ორივე სქესისათვის - თბილისსა და რეგიონებში	• ფარულ სისხლდენაზე სპეციალური ტესტის (FOBT ან უფრო მაღალი სტანდარტის ტესტი) ჩატარება; • პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, კოლონოსკოპია; • საჭიროების შემთხვევაში, კოლონოსკოპიისას ბიოფსიური მასალის აღება და ჰისტოლოგიური კვლევა.

პროგრამის კომპონენტებზე გათვალისწინებული მომსახურება მოსარგებლეს მიენოდება ვაუჩერის სახით. პროგრამის მიმწოდებლები უნდა აკმაყოფილებდნენ შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს.

2018-2021 წლებში თბილისის პროგრამის ფარგლებში 6,9 მლნ ლარი დაიხარჯა, ხოლო სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში – 3,9 მლნ ლარი. ქვემოთ წარმოდგენილი ცხრილი აჩვენებს პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობას.

²⁷ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის №828 დადგენილება „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.

ცხრილი 1. ბენეფიციართა რაოდენობა პროგრამების ფარგლებში 2021 წელს²⁸

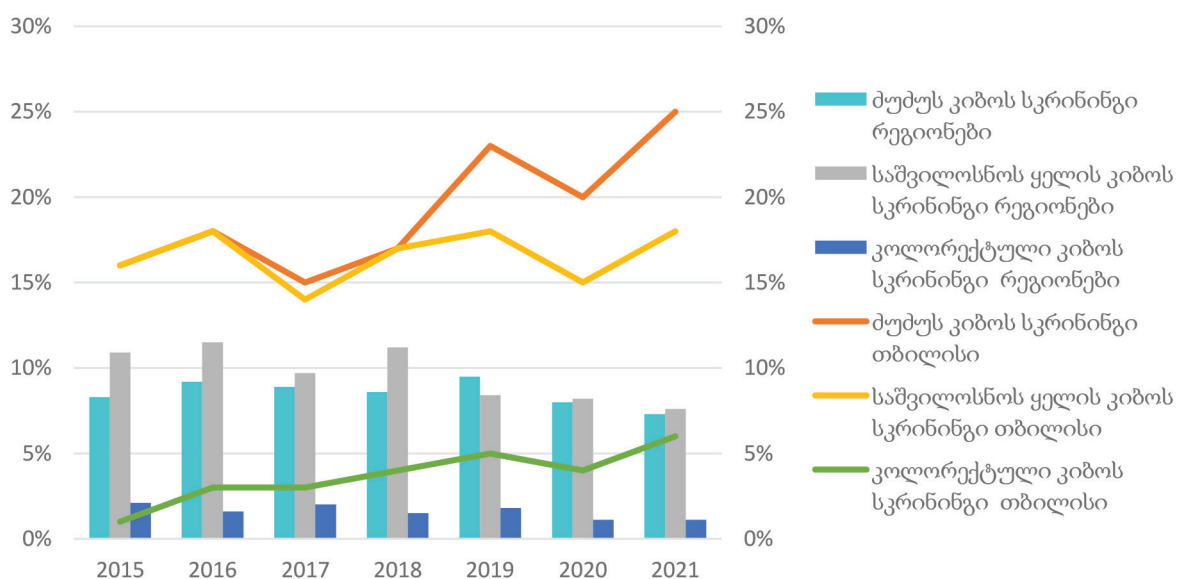
	სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა 1 წლისთვის	ბენეფიციართა რაოდენობა
ძუძუს კიბო	383,738	51,696
საშვილოსნოს ყელის კიბო	302,338	36,538
კოლორექტული კიბო	478,431	11,240

2.3 ზოგადი სტატისტიკა საქართველოში – მოცვის მარჯვენაგადაბი განსხვავებულ ჭრილებში

სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლები განსხვავებულია სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით:²⁹

1. თბილისში მოცვის მარჯვენაგადაბი გაცილებით მაღალია ჩაბორონის მარჯვენაგადაბთან შედარებით და უზინიშნავა გაუმჯობესების ღონისძიება.

გრაფიკი 4. სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლები თბილისსა და რეგიონებში



²⁸ მონაცემები მოწოდებულია NCDC-ისგან. ბენეფიციართა რაოდენობა შეიცავს როგორც რეგიონის, ისე თბილისის პროგრამის მარჯვენაგადაბებს.

²⁹ სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი დათვლილია შემდეგნაირად: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა, რომელთაც მიიღეს სკრინინგის მომსახურება, შეფარებულია საყოველთაო ჯანდაცვის ბენეფიციართა რაოდენობასთან (გარდა გრაფიკი 4-ის მონაცემებისა, რომელიც ასახავს რეგიონებისა და თბილისის მთლიან მონაცემებს). ანალიზისთვის გამოყენებულია NCDC-ის მიერ მოწოდებული კიბოს სკრინინგისა და სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოსგან მოწოდებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გვერდითი ამბულატორიული მომსახურების ბენეფიციართა დეპერსონალიზებული ბაზები.



2. იმ მუნიციპალიტეტებში, რომელთა მოსახლეობის უმეტესობა ეთნიკურ უმცირესობას³⁰ წარმოადგენს, მოუხვის მარჯვენაგანი განსაკუთრებით დაბალია.

ცხრილი 2. სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლები ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ მუნიციპალიტეტებსა და სხვა მუნიციპალიტეტებში

	კოლორექტული კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა	ძუძუს კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა
ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული მუნიციპალიტეტები	0,2%	3,6%	1,7%
დანარჩენი მუნიციპალიტეტები	2,2%	9,9%	10,6%

3. სამიზნე მოსახლეობის მოუხვა განსხვავებულია ასაკობრივ ჯგუფში – უფრო აქტიური არიან 40-55 წლის ქალები.

ცხრილი 3. მოცვის განაწილება სამიზნე მოსახლეობის ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა	ძუძუს კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა
25-29	5%	n/a
30-34	7%	n/a
35-39	9%	n/a
40-44	13%	11%
45-49	13%	13%
50-54	10%	12%
55-60	8%	10%
61-65	n/a	8%
66-70	n/a	7%

4. მოუხვის მარჯვენაგანი განსხვავდება მუნიციპალურ ჯგუფში:

- კოლორექტული კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები მუნიციპალურ დონეზე მერყეობს 0.1%-დან 5%-მდე;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები მუნიციპალურ დონეზე მერყეობს 0.9%-დან 15.9%-მდე;
- ძუძუს კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები მუნიციპალურ დონეზე მერყეობს 0.6%-დან 18.7%-მდე.

³⁰ ახალქალაქი, ბოლნისი, გარდაბანი, დმანისი, მარნეული, ნინოწმინდა, წაკლა.

ცხრილი 4. მოცვის მაჩვენებლის სიხშირული განაწილება მუნიციპალიტეტების მიხედვით

კოლორექტული კიბოს სკრინინგი		საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი		ძუძუს კიბოს სკრინინგი	
მოცვის მაჩვენებელი	მუნიციპალიტეტების რაოდენობა	მოცვის მაჩვენებელი	მუნიციპალიტეტების რაოდენობა	მოცვის მაჩვენებელი	მუნიციპალიტეტების რაოდენობა
<1%	51	<5%	39	<6%	48
1%-2%	10	5%-10%	21	6%-12%	14
>2%	3	>10%	4	>12%	2

5. მოსვა განსხვავებულია მიმწოდებლის მქონე და მიმწოდებლის არმქონე მუნიციპალიტეტებში. კერძოდ, მუნიციპალიტეტებში, სადაც არ არის სანიტარის მიმწოდებელი, სამიზნე მოსახლეობის მოსვა 3-ჯერ ნაკლებია მიმწოდებლის მქონე მუნიციპალიტეტებთან შედარებით.

ცხრილი 5. მოცვის მაჩვენებლები მუნიციპალიტეტებში, სადაც არ არის კიბოს სკრინინგის მიმწოდებელი

	კოლორექტული კიბოს სკრინინგი	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	ძუძუს კიბოს სკრინინგი
მიმწოდებლის გარეშე დარჩენილი მუნიციპალიტეტების რაოდენობა	29	22	56
მუნიციპალიტეტების წილი, სადაც არ არის მიმწოდებელი (სულ: 64 მუნიციპალიტეტი)	45%	34%	88%
მოსვა მუნიციპალიტეტებში, სადაც მიმწოდებელი ატარებს პროგრამით გათვალისწინებულ ყველა კვლევას	3,5%	11,7%	14,8%
მოსვა მუნიციპალიტეტებში, სადაც არ არის პროგრამის მიმწოდებელი	0,6%	3,9%	4,2%



აუდიტის მიზნობა

სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის დაბალი ჩართულობა შეიძლება განპირობებული იყოს სხვადასხვა მიზეზით: გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემებით, ეთნიკური უმცირესობებისთვის გაუგებარი საინფორმაციო კამპანიით, კულტურული თავისებურებებით და ა.შ. სწორედ ამიტომ, ჯერ უნდა იქნეს შესწავლილი დაბალი მონაწილეობის მაჩვენებლის მიზეზები, რომლებიც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანი წინაპირობაა მიზანმიმართული ინტერვენციების განსახორციელებლად.³¹

სკრინინგის პროგრამების ეფექტიანად განხორციელების პროცესში საჭიროა შესაბამისი სტრატეგიების შემუშავება, რათა გაიზარდოს პროგრამის სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელოებიდან/ გაიდლაინებიდან იკვეთება მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად შემდეგი ღონისძიებების განხორციელების მნიშვნელობა:³²

სქემა 5. ღონისძიებები – მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად



საზოგადოების განათლება ცნობიერების გაზრდისთვის
უახლესი ზოგადი ინფორმაციის მიწოდება ინდივიდებისთვის ან
ჯგუფებისთვის ქცევის შეცვლის მიზნით.



პროგრამაში მონაწილეობის მონიტორინგი და პრობლემის
გამოვლენის შემთხვევაში ზომების მიღება
მოწვევებისა და ხელახალი გამოძახების სისტემების გამართული
ფუნქციონირება, რათა არამოპასუხეებს შეახსენოს სკრინინგი.



ოჯახის ექიმების როლის გაძლიერება
მოწვევების განხორციელება და სამიზნე მოსახლეობის მოტივაციაზე
ზრუნვა სკრინინგპროგრამებში ჩასართავად, მათი გადამისამართება
ზედა დონის ჯანდაცვის სისტემაში.

კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამების დაგეგმვის, განხორციელებისა და მონიტორინგისთვის საჭიროა რელევანტური დაინტერესებული მხარეების იდენტიფიცირება და მათი პროცესში ჩართვა. დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა მოითხოვს ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობითი სტრუქტურის სიძლიერეს და სხვა სამთავრობო უწყებებსა თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან აქტიურ თანამშრომლობას.³³

³¹ World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.

³² Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., McKee, M., & World Health Organization. (2020). Screening: when is it appropriate and how can we get it right?; World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection; World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

³³ World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

მე-3 თავში შეფასებულია სამიზნე მოსახლეობის ქცევის შეცვლის მიზნით განხორციელებული ღონისძიებების პროდუქტიულობა, ხოლო მე-4 თავში – კიბოს სკრინინგის პროგრამაში სამიზნე მოსახლეობის ჩართვის ხელშეწყობის მიზნით დაინტერესებულ მხარეებთან კოორდინაციის საკითხი.



3. სამიზნე მოსახლეობის სწოებიანების ამაღლებასა და ქვევის შეხვედრაში მონაწილეობის ღონისძიებები

3.1 სამიზნე მოსახლეობის სწოებიანების ამაღლებისკენ მიმართული ღონისძიებები

ცნობიერების ამაღლების მიზანია უზრუნველყოს სამიზნე მოსახლეობის დიდი ნაწილის პროგრამაში მონაწილეობა.³⁴

იქიდან გამომდინარე, რომ სკრინინგის პროგრამები განკუთვნილია ადამიანთა დიდი რაოდენობისათვის, მათში ცნობიერების ჩამოსაყალიბებლად საჭიროა მნიშვნელოვანი ინვესტიციების გათვალისწინება.³⁵ ასევე მნიშვნელოვანი ძალისხმევის განწევა საჭირო შიშებისა და ბუნდოვანების გასაქარწყლებლად, რაც თან ახლავს კიბოსთან დაკავშირებული ნებისმიერი საკითხის განხილვას. მოსახლეობის განათლება ჯანდაცვის სფეროში გულისხმობს უახლესი ზოგადი ინფორმაციის მიწოდებას ინდივიდებისთვის ან ჯგუფებისთვის მათი ქცევის შეცვლის მიზნით. მიუხედავად იმისა, რომ სამიზნე მოსახლეობასთან გასავრცელებელი ინფორმაცია/გზავნილები უნდა ეფუძნებოდეს ეროვნულ გაიდლაინებს, საჭიროა მათი ადაპტირება ადგილობრივი სოციალური ნორმების გათვალისწინებით. გზავნილები უნდა შედგეს საზოგადოებასთან თანამშრომლობით, მარტივი და გასაგები ენის გამოყენებით.³⁶

ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სხვადასხვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებისა და სამოქალაქო საზოგადოების მონაწილეობას, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვა არ წარმოადგენს მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტროს პრეროგატივას.³⁷

საერთაშორისო კარგი პრაქტიკის მიხედვით, ქვეყნებს აქვთ კიბოს სკრინინგის სახეობების მიხედვით წინასწარ დაგეგმილი, სისტემური და მრავალჯერადი ცნობიერების ამაღლების კამპანიები. კამპანიები უნდა ეფუძნებოდეს სამიზნე მოსახლეობაში ჩატარებულ კვლევებს სკრინინგში ნაკლები მონაწილეობის მიზეზების შესახებ.³⁸

კამპანია, როგორც წესი, იგეგმება იქ, სადაც კვლევის მიხედვით ნაკლებია სკრინინგ პროგრამებში ჩართულობა, ფოკუსირებულია კონკრეტულ ჯგუფებზე და მოიცავს აქტივობების ერთობლიობას, რომელიც გრძელდება განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში. უმეტესად კამპანიის დაწყებამდე ხორციელდება საპილოტე ღონისძიებები, რომლებსაც ეფუძნება მთლიანი კამპანიის დაგეგმვა. ყოველი კამპანიის ბოლოს გაანალიზდება შედეგები და მზადდება შესაბამისი ანგარიში (მაგალითებისათვის იხ. დანართი 1).

³⁴ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection.

³⁵ World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

³⁶ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection.

³⁷ World Health Organization. (2017). Guide to cancer early diagnosis.

³⁸ World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.



შედეგების შეფასება მოიცავს დამატებით კვლევის ჩატარებას და ანგარიშის მომზადებას, რომლის ფარგლებშიც ხორციელდება სხვადასხვა დეტალური ანალიზი, მათ შორის:³⁹

- კამპანიის აღქმადობის ანალიზი – რომელი კამპანია იყო ყველაზე დასამახსოვრებელი, ადვილად გასაგები და დამატებელი, ყველაზე მეტად რომელი რეკლამები და რომელი მთავარი მესიჯები ახსოვდა მოსახლეობას;
- ცოდნისა და ცნობიერების დონის შეფასება – წინა წელთან შედარებით რამდენი პროცენტით გაიზარდა ინფორმირებულობის დონე ქალებსა და კაცებში, ქალაქებსა და რეგიონებში;
- კიბოს რისკისადმი დამოკიდებულებისა და შეხედულებების შეფასება – რამდენმა იცის, რომ კიბო შეიძლება უსიმპტომოდ განვითარდეს, რამდენს სჯერა რომ ადრეულ ეტაპზე გამოვლენისას დიდი შანსია განკურნების და სხვ.;
- ქცევითი ცვლილების შეფასება – წინა წელთან შედარებით რამდენმა მიიღო მონაწილეობა პროგრამაში, რომელ ასაკობრივ ჯგუფებში უფრო გაიზარდა მოცვა და ა.შ.

კიბოს სკრინინგის შესახებ ცნობიერების გაუმჯობესებისა და სტიგმის შემცირების ღონისძიებები შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა ინსტრუმენტს, როგორიცაა: მასობრივი, მცირე და სოციალური მედიის გამოყენება, კიბოსგან განკურნებული ადამიანების ისტორიების გაზიარება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების მიერ ინფორმირებულობის გაზრდა და პირდაპირი დისკუსიების გამართვა მოსახლეობასთან (მეტი ინფორმაციისთვის იხ. დანართი 2).

საქართველოში სახელმწიფო სკრინინგპროგრამები თითქმის 15 წელია არსებობს, თუმცა კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება კიბოს სკრინინგის შესახებ დაბალი ცნობიერების საკითხი. აღნიშნული საკითხი ყველაზე დიდ გამოწვევად მიჩნეულია სამინისტროსა და პროგრამის განმახორციელებელის მიერ.

აუდიტის ჯგუფმა რეგიონალურ დონეზე ჩაატარა კვლევა სკრინინგპროგრამების შესახებ ინფორმირებულობისა და დაბალი ჩართულობის მიზეზების გამოვლენის მიზნით.

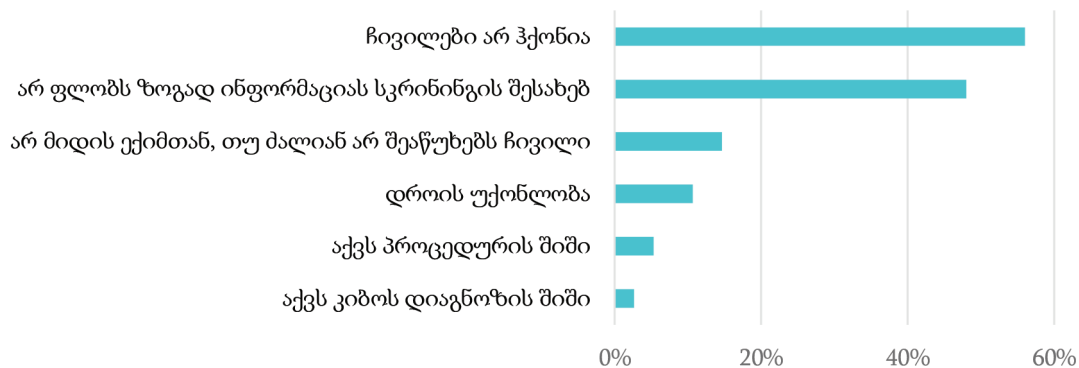
კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ სამიზნე მოსახლეობის უმრავლესობას სწორად არ ესმის სკრინინგის დანიშნულება და არსი, რადგან სკრინინგის არ ჩატარების მიზეზად უმეტესობამ ჩივილების არქონა დაასახელა (სკრინინგი განკუთვნილია უსიმპტომო ადამიანებისთვის).

³⁹ Australia Department of Health, National Bowel Cancer Screening Campaign Evaluation. (2016). <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/10/national-bowel-cancer-screening-program-campaign-evaluation-2016-national-bowel-cancer-screening-campaign-evaluation-2016.pdf>; National Health Service (NHS) in England Be Clear on Cancer evaluation update. (2014). https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/evaluation_results_2014.pdf



გრაფიკი 5. კიბოს სკრინინგპროგრამებში ნაკლები მონაწილეობის მიზეზები

აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული კვლევა რეგიონებში



საქართველოს მასშტაბით კიბოს სკრინინგის პროგრამის შესახებ ცნობიერების ამაღლების კამპანიების განმახორციელებელი ძირითადი უწყებებია NCDC.

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოში არ ხორციელდება კიბოს სკრინინგის კამპანია, რომელიც იქნება რეგულარული და დაფარავს ქვეყნის მთლიან ტერიტორიას. NCDC-ის მიერ კამპანია განხორციელდა 2018 და 2019 წლებში, ხოლო შემდგომ წლებში საკომუნიკაციო ღონისძიებების არ განხორციელების მიზეზად კორონავირუსის პანდემია სახელდება.

კიბოს სკრინინგის კამპანიების ფარგლებში წლის განმავლობაში, საშუალოდ, 90 ათასი ლარი დაიხარჯა (კამპანიის ფარგლებში განხორციელებული ღონისძიებები იხ. დანართ 3-ში). შედარებისთვის, ერთი ონკოლოგიური პაციენტის მკურნალობისთვის⁴⁰ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გამოყოფილი წლიური ლიმიტი 25 ათას ლარს შეადგენს. შესაბამისად, წლის განმავლობაში კიბოს სკრინინგის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების კამპანიაზე დახარჯული ბიუჯეტი, დაახლოებით, 4 ადამიანის მკურნალობის ხარჯია.

როგორც სტატისტიკა აჩვენებს, 2018 და 2019 წლებში განხორციელებულ საინფორმაციო კამპანიებს არ ჰქონია გავლენა მოცვის მაჩვენებელზე.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში მოცემულია მოცვის მაჩვენებლები იმ მუნიციპალიტეტებში, სადაც 2019 წელს განხორციელდა ცნობიერების ამაღლების კამპანიები (შერჩეული იყო ორი რეგიონი: აჭარა და შიდა ქართლი).

⁴⁰ ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის სანინაალმდეგო მედიკამენტებით მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები.

ცხრილი 6. მოცვის მაჩვენებლები მუნიციპალიტეტებში, სადაც 2018-2019 წლებში განხორციელდა ცნობიერების ამაღლების კამპანია

	2018	2019	2020
კოლორექტული	1%	2%	1%
საშვილოსნოს ყელი	14%	9%	6%
ძუძუ	9%	9%	5%

აუდიტის ჯგუფმა შეაფასა 2019 წლის საინფორმაციო კამპანიის შესაბამისობა კარგ პრაქტიკასთან, რის შედეგადაც გამოვლინდა შემდეგი გამოწვევები:

- კამპანიის დაგეგმვამდე არ განხორციელებულა სამიზნე მოსახლეობის კვლევა სკრინინგის შესახებ მათი ცოდნისა და დამოკიდებულების შეფასების მიზნით.⁴¹ კამპანიის ძირითადი გზავნილები ნაკლებად პასუხობდა ცნობიერების კონკრეტულ პრობლემას და იყო ზოგადი ხასიათის;⁴²
- კამპანიის სამიზნე აუდიტორია არ იყო დეტალურად განსაზღვრული,⁴³ შესაბამისად, ინფორმაციის მიწოდების გამოყენებული საშუალებები არ მიესადაგებოდა სამიზნე ჯგუფებს;
- კამპანიის განხორციელების პროცესში აქტიურად არ მონაწილეობდნენ მუნიციპალიტეტები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები (მუნიციპალიტეტებისა და სტეპების ჩართულობის მნიშვნელობის შესახებ იხ. ქვეთავი 4.2) და სამოქალაქო სექტორი;
- კამპანია არ მოიცავდა შერჩეული რეგიონის მასშტაბით ყველა ოჯახისა და სოფლის ექიმის განათლებას და მათ ჩართვას ცნობიერების ამაღლების პროცესში (სულ მცირე – სოფლის ექიმების, რომლებიც სახელმწიფოს მიერ არიან დაკონტრაქტებული) (იხ. ქვეთავი 4.1);
- კამპანიის ფარგლებში განხორციელებული ღონისძიებები არ იყო მასშტაბური და სისტემური. კერძოდ: ტელეკამპანია „იმედი“ სკრინინგთან დაკავშირებულ რეკლამას აშუქებდა მხოლოდ 9 დღის განმავლობაში, ხოლო კამპანიის ფარგლებში დაბეჭდილი ბუკლეტებისა და ფლაერების (სარეკლამო ფურცლების) რაოდენობა საკმარისი იყო შერჩეულ რეგიონებში მცხოვრები სამიზნე მოსახლეობის მხოლოდ 16%-ისთვის.⁴⁴ კამპანიის ფარგლებში გაგზავნილი მოკლე

⁴¹ კამპანიის დაგეგმვამდე გამოწვევებისა და საკომუნიკაციო მიმართულებების დადგენის მიზნით ჩატარდა რამდენიმე საინფორმაციო სახის შეხვედრა თბილისის სკრინინგცენტრთან, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, სერვისის მიმწოდებლებთან, ადგილობრივ ექსპერტებთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებთან და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან. შეხვედრებზე განხილული საკითხები დადოკუმენტირებული არ არის, შესაბამისად, ვერ ხერხდება იდენტიფიცირებული საჭიროებებისა და საინფორმაციო კამპანიის შინაარსის ერთმანეთთან დაკავშირება.

⁴² აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, სამიზნე მოსახლეობის ყველაზე მეტი ნაწილი სკრინინგში არ ერთვება, რადგან არ ჰქონიათ ჩივილები. კამპანიაში (სატელევიზიო რეკლამები, პოსტერები, ფლაერები და სოციალურ ქსელში განთავსებული ინფოგრაფიკები) კი, აქცენტი გაკეთებულია შემდეგ გზავნილებზე: „დროული დიაგნოსტიკა კიბოს დამარცხების საუკეთესო საშუალებაა“; „ჩაიტარე კიბოს სკრინინგი, იყავი ჯანმრთელი“.

⁴³ კამპანიის სამიზნე აუდიტორიად განისაზღვრა ყველა ის პირი, რომელიც ხვდებოდა სკრინინგის ასაკობრივ ზღვარში და არ იყო დაჯგუფებული კონკრეტული მახასიათებლების მიხედვით (ასაკი, დასახლება, ეთნიკური კუთვნილება და ა.შ.).

⁴⁴ შერჩეულ რეგიონებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ბენეფიციარი სკრინინგპროგრამების სამიზნე მოსახლეობა – 182 060 პირი, დაბეჭდილი ფლაერებისა და ბუკლეტების რაოდენობა ჯამურად – 30 000 ცალი.



ტექსტური შეტყობინებები სკრინინგის ჩატარების შესახებ იყო შაბლონური ხასიათის, რომელსაც მოსახლეობა ნაკლებ ყურადღებას აქცევს (იხ. ქვეთავი 3.2);

- სკრინინგცენტრთან კოორდინაცია სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კამპანიის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში არ იყო სისტემური;⁴⁵
- კამპანიის შესრულების საბოლოო ანგარიში არ აანალიზებს მიღწეულ შედეგებს და მოიცავს მხოლოდ განხორციელებული ღონისძიებების⁴⁶ შესახებ ინფორმაციას. კერძოდ, კამპანიის დასრულების შემდგომ არ არის შეფასებული მისი გავლენა სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების დონეზე, ქცევაზე, ჩართული მოსახლეობის რაოდენობაზე, მოცვისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის მაჩვენებელზე.

WHO-ს რეკომენდაციით კიბოს კონტროლი საჭიროებს სისტემატურ, ორგანიზებულ მოქმედებას. ამისათვის მნიშვნელოვანია კიბოს კონტროლის გეგმის შემუშავება, რომელშიც მოცემული იქნება:

- ინფორმაცია დაინტერესებული მხარეების შესახებ;
- მონაცემები დაავადების ტვირთის შესახებ და ხედვა მისი შემსუბუქებისთვის;
- მიზნები და ამოცანები;
- ინტერვენციისთვის შერჩეული სტრატეგიები;
- არსებული სტრატეგიების ინტეგრაცია სხვა პროგრამებთან;
- გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო რესურსი;
- მონიტორინგისა და შეფასების სისტემა.⁴⁷

იქიდან გამომდინარე, რომ ქვეყანაში არ არსებობს კიბოს კონტროლის სტრატეგიული ხედვა, კიბოს სკრინინგის პროგრამისთვისაც არ არის შემუშავებული ერთიანი სამოქმედო გეგმა, რომელშიც ასახული იქნება: გამოწვევების დასაძლევად საჭირო ყველა ღონისძიება და შესაბამისი ბიუჯეტი; კავშირი ყველა დაინტერესებულ მხარესთან და პროგრამასთან; მისი გავლენა სამომავლო დანაზოგებსა და ადამიანების სიცოცხლეზე.

აღსანიშნავია, რომ NCDC-ის მიერ აუდიტის პერიოდში მუდმივად ხდებოდა კიბოს სკრინინგის პროგრამების ხარისხის და მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესების მიმართულებით გასატარებელი ღონისძიებების ადვოკატირება,⁴⁸ რაც დადებითად უნდა შეფასდეს.

⁴⁵ სკრინინგცენტრის წესდებით განსაზღვრული ამოცანა და მიზანი ითვალისწინებს სკრინინგთან დაკავშირებული საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელებას. სკრინინგცენტრი წლიურად ახორციელებს ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებს, როგორებიცაა: ბუკლეტების გავრცელება, საინფორმაციო შეხვედრების ორგანიზება, ბანერების განთავსება, სატელევიზიო რეკლამა, საგანმანათლებლო აქტივობები და ა.შ. სკრინინგცენტრი ემსახურება სამიზნე მოსახლეობას, რომლის რაოდენობა სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის სამიზნე მოსახლეობას არ ჩამოუვარდება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სკრინინგცენტრის გამოცდილების გაზიარება და მისი რესურსის გამოყენება შესაძლებელია სახელმწიფოს მასშტაბით კამპანიების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში.

⁴⁶ სოციალურ მედიაში პოსტების რაოდენობა და წვდომის მაჩვენებელი; დამზადებული საგანმანათლებლო მასალის (ვიდეო, აუდიო და ბეჭდური) რაოდენობა და ტირაჟი; რეკლამის განთავსების დრო, ხანგრძლივობა, ლოკაცია და სხვ.

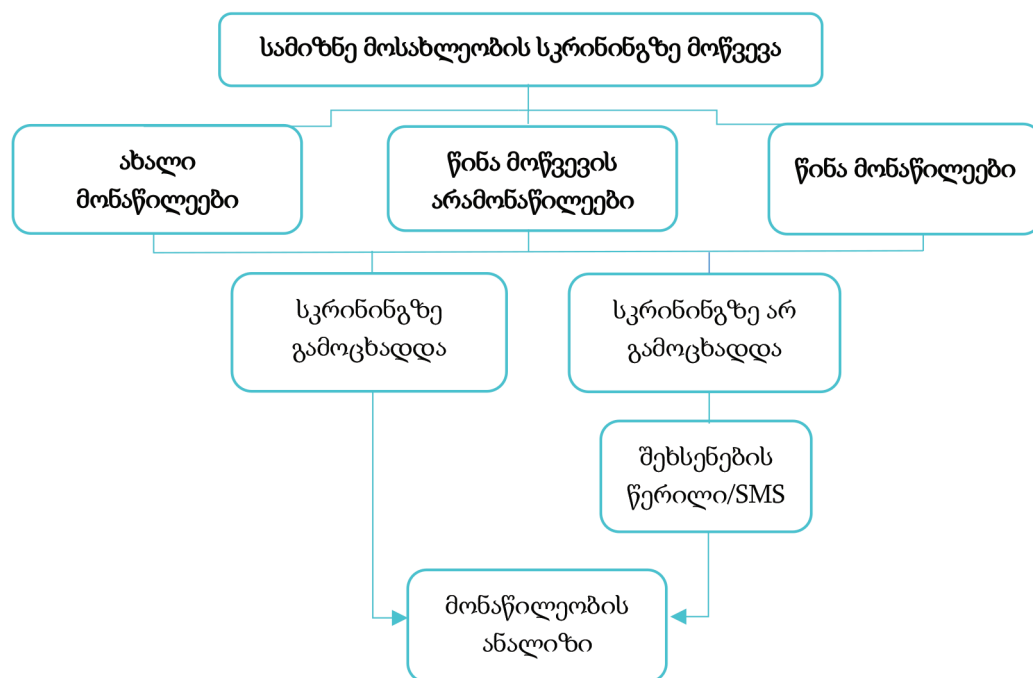
⁴⁷ World Health Organization. (2006). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Planning.

⁴⁸ NCDC სამინისტროს პერიოდულად უზიარებდა სკრინინგპროგრამების მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესების მიზნით არსებულ კარგ პრაქტიკას. ოფიციალურ მიმოწერებში ჩანს, რომ NCDC კარგ პრაქტიკად განიხილავს პაციენტებისთვის შესხენებითი ხასიათის შეტყობინებების გაგზავნას სკრინინგის თაობაზე, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის წამახალისებელი მექანიზმების დანერგვას და მოსახლეობის ცნობიერების დონის ასამაღლებლად საინფორმაციო კამპანიის გაძლიერებას.

3.2 სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგის პროგრამებში ჩასართავად განხორციელებული მოწვევები

სამიზნე მოსახლეობის ქცევის შეცვლის ღონისძიებებიდან მნიშვნელოვანია სამიზნე მოსახლეობის მოწვევის გზები.

სქემა 6. სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგზე მოწვევის პროცესი



მოწვევა შესაძლოა განხორციელდეს სატელეფონო ზარის, მოკლევადიანი შეტყობინების ან წერილის სახით. მათგან პირველი – ყველაზე მეტ ადამიანურ რესურსს მოითხოვს, შესაბამისად, იმ ქვეყნებში, სადაც საფოსტო მომსახურება განვითარებულია, უფრო მეტად გამოიყენება წერილობით შეტყობინებებით მოწვევა.

მნიშვნელოვანია, რომ მოწვევა იყოს პერსონალიზებული, სათანადოდ ჩამოყალიბებული შინაარსით და გაიგზავნოს იმ პირის მიერ, რომელსაც ენდობა ადრესატი, მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი.⁴⁹ საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ამ სახის კომუნიკაცია შედარებით ეფექტიანია მოცვის მაჩვენებლის ზრდის კუთხით.⁵⁰

სკრინინგის მოწვევის წერილი უნდა შეიცავდეს პაციენტის სახელსა და გვარს, სკრინინგის დასახელებას, მიწვევის ადგილსა და დროს, ბმულს სკრინინგის შესახებ დეტალური ინფორმაციის მისაღებად და ა.შ.⁵¹

⁴⁹ Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., McKee, M., & World Health Organization. (2020). Screening: when is it appropriate and how can we get it right?

⁵⁰ Kurtinaitienė R, Rimienė J, Labanauskaitė I, Lipunova N, Smalytė G. (2016). Increasing attendance in a cervical cancer screening programme by personal invitation: experience of a Lithuanian primary health care centre.

⁵¹ Breast screening invitation easy read letter template. <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-breast-screening-accessible-format-informed-choice-letter-content>; Adapting invitation letters to increase breast screening appointment attendance in Greater Manchester. <https://www.greatermanchester-ca.gov.uk/media/1872/breast-screening-in-greater-manchester.pdf>

სამიზნე მოსახლეობის მონვევებისთვის მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს შესაბამისი საინფორმაციო სისტემების არსებობა და გამოყენება, სადაც თავმოყრილი და განახლებული იქნება ინფორმაცია სკრინინგში მოსაწვევი ადამიანების შესახებ.⁵² აღნიშნული ბაზების არსებობა მნიშვნელოვანია იმ პირების იდენტიფიცირებისა და მონვევისათვის, რომლებსაც არასდროს მიუღიათ პროგრამაში მონაწილეობა.

კიბოს სკრინინგის რეგისტრი არის საინფორმაციო სისტემა, რომელიც აგროვებს, იყენებს და ინახავს ინდივიდებზე კიბოს სკრინინგის მონაცემებს პროგრამის მართვისა და ანგარიშისთვის. რეგისტრები ემსახურება მრავალ მიზანს, მათ შორის, სამიზნე მოსახლეობის მონვევებს და შეხსენებებს სკრინინგის ჩასატარებლად.⁵³ სკრინინგის რეგისტრის თავდაპირველი ვარიანტი შეიძლება შეიცავდეს იმ პირთა მონაცემებს, რომლებმაც მიიღეს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება კლინიკებში და თანდათანობით ბაზა შესაძლოა გაფართოვდეს, ჯანდაცვის სისტემის სხვა დონეებიდან მიღებული ინფორმაციით.⁵⁴

საქართველოში სამიზნე მოსახლეობის მონვევა ხორციელდება მოკლე ტექსტური შეტყობინებების გაგზავნის გზით როგორც სახელმწიფო, ასევე თბილისის პროგრამის ფარგლებში. დამატებით, თბილისის სამიზნე მოსახლეობასთან სკრინინგცენტრი ახორციელებს სატელეფონო ზარებით მონვევასაც.⁵⁵

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ სკრინინგპროგრამების ფარგლებში სამიზნე მოსახლეობის მონვევები შეტყობინებების გაგზავნის გზით არ არის სისტემური სახის და არ ხორციელდება ყოველწლიურად.⁵⁶ ასევე, მოსახლეობისთვის გაგზავნილი მოკლე ტექსტური შეტყობინებები არ არის პერსონალიზებული და იგზავნება შაბლონური ტექსტის სახით.⁵⁷

ანალიზით დასტურდება, რომ არაპერსონალიზებული შეტყობინებების გაგზავნა სამიზნე მოსახლეობის მონვევისათვის არაეფექტიანი გზაა. კერძოდ, თბილისის მუნიციპალიტეტში შეტყობინებების გაგზავნის შემდგომ უმნიშვნელოდ გაიზარდა თბილისის პროგრამაში ჩართული სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა (იხ. ცხრილი 7).

აღნიშნულისგან განსხვავებით, გაცილებით მაღალია ზარების განხორციელების შემდგომ სკრინინგზე მისული ბენეფიციარების რაოდენობა, რაც მიუთითებს, რომ მონვევის აღნიშნული საშუალება უფრო ეფექტიანია.

⁵² World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.

⁵³ World Health Organization. (2022). A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.

⁵⁴ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection.

⁵⁵ სატელეფონო ზარებით მონვევა ხორციელდება როგორც პირველადი პაციენტების, ასევე მათ ბაზებში რეგისტრირებული ბენეფიციარების (განმეორებით ვიზიტებზე).

⁵⁶ სკრინინგცენტრი 2021 წლის დეკემბრიდან რეგულარულად აგზავნის დეპერსონალიზებულ შეტყობინებებს სამიზნე მოსახლეობასთან. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შეტყობინებების გაგზავნა განხორციელდა 2019 წელს.

⁵⁷ მაგალითად, „ჩაიტარე უფასო სკრინინგული გამოკვლევები და იყავი დაცული“, „თქვენ გეკუთვნით უფასო გამოკვლევა საშვილოსნოს ყელის კიბოზე. ინფორმაციისთვის დარეკეთ 1505“.

ცხრილი 7. შეტყობინებების გაგზავნისა და ზარების განხორციელების შედეგად მიღებული ბენეფიციარების რაოდენობა⁵⁸

	მოკლექტესტური შეტყობინებების გაგზავნის შედეგად სკრინინგზე მისული ბენეფიციარები (სულ 247 000 SMS)	ზარების განხორციელების შედეგად სკრინინგზე მისული ბენეფიციარების რაოდენობა (სულ 30 000 ზარი)
ძუძუს კიბოს სკრინინგი	340	977
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	341	702
კოლორექტული კიბოს სკრინინგი	16	275

შეტყობინებების კარგ პრაქტიკასთან შეუსაბამოდ გაგზავნის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პერსონალიზებული მოწვევებისთვის საჭირო ინფორმაციის არარსებობა. კერძოდ, საქართველოს კიბოს ერთიან ელექტრონულ მოდულში სამიზნე მოსახლეობის პერსონალური მონაცემები აისახება მხოლოდ იმ პირებისათვის, რომელთაც ჩატარებული აქვთ სკრინინგი, შესაბამისად, პერსონალიზებული შეტყობინებების გაგზავნა საქართველოს მასშტაბით შესაძლებელი იყო მხოლოდ განმეორებით სკრინინგზე პაციენტების მოწვევის მიზნით.

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პერსონალიზებული შეტყობინებების გაგზავნა არ განხორციელებულა არც იმ პირებთან, რომელთაც უკვე ჰქონდათ მიღებული სკრინინგის მომსახურება და ფიქსირდებოდნენ სკრინინგის ბაზებში. რაც შეეხება თბილისის პროგრამას, სკრინინგცენტრის მიერ მუდმივად ხორციელდებოდა მათთან რეგისტრირებული პაციენტების ნაწილის პერსონალიზებული მოწვევა განმეორებით ვიზიტზე, სატელეფონო ზარების მეშვეობით.⁵⁹

აუდიტის პერიოდში NCDC და სკრინინგცენტრი, იმ პირების იდენტიფიცირებისათვის, რომელთაც ეკუთვნით სკრინინგის პროგრამებში ჩართვა, თუმცა არასდროს უსარგებლიათ სერვისით, იყენებდნენ სსიპ – სერვისების განვითარების სააგენტოს ბაზას, რომელიც შეიცავს მხოლოდ პირის ასაკის, სქესის და მის საკონტაქტო ინფორმაციას და არ არის ასახული პირის სახელი, გვარი და სხვა პერსონალური მოწვევისათვის საჭირო ინფორმაცია.

NCDC-ს აუდიტის პერიოდში არ გამოუყენებია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ან მის მიერ ადმინისტრირებადი სხვა ბაზები სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის ბაზების შედგენის მიზნით.

NCDC-ის განცხადებით, მიმდინარეობს მუშაობა სამიზნე მოსახლეობის ბაზებისა და პერსონალიზებული მოწვევების გაგზავნის სისტემის შესადგენად. სამიზნე მოსახლეობის

⁵⁸ მონაცემები მიღებულია სკრინინგცენტრისგან. მოკლექტესტური შეტყობინებების გაგზავნის შედეგად მიღებული პაციენტების რაოდენობის დასათვლელად შეტყობინების ადრესატების ტელეფონის ნომრები ედრება სკრინინგზე მისული ბენეფიციარების ტელეფონის ნომრებს. მსგავსი პრინციპით ითვლება ზარების განხორციელების შედეგად მიღებული ბენეფიციარების რაოდენობაც.

⁵⁹ სკრინინგცენტრის მიერ თავის ბაზებში რეგისტრირებული ბენეფიციარების სატელეფონო ზარებით მოწვევა ხორციელდება იმ შემთხვევაში, თუ ექვემდებარებიან ხელახალ გადამოწმებას თითოეული კომპონენტის ფარგლებში დადგენილ გეგმურ სარეკომენდაციო პერიოდში, ასევე იმ შემთხვევაში, თუ წინა კვლევის დროს დაუფიქსირდათ გარკვეული პათოლოგია, რომელიც საჭიროებს დაკვირვებას და კონტროლს გეგმურ სარეკომენდაციო პერიოდზე ადრე (6 თვეში ან 1 წელიწადში).



შესახებ ინფორმაციის მოძიება განხორციელდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა ბაზიდან, ხოლო მათი საკონტაქტო ინფორმაციის მოძიება განხორციელდება ცენტრის მიერ ადმინისტრირებადი სხვა ბაზებიდან.⁶⁰ სკრინინგცენტრმა პერსონალიზებული მოწვევების საკითხის ინიცირება განახორციელა საკანონმდებლო ორგანოში, თუმცა პროცესი დასრულებული არ არის.

დასკვნა

კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის უმეტესობა პროგრამაში მონაწილეობაზე უარს ამბობს ინფორმაციის არქონით გამოწვეული შიშის (კიბოს დიაგნოზის ან სკრინინგის პროცედურის შიში, სკრინინგის შესახებ ზოგადი ინფორმაციის არქონა) ან არასწორი დამოკიდებულების გამო (ელოდება ჩივილს, არ მიდის ექიმთან, თუ ძლიერ არ შეაწუხა ჩივილმა, არ აქვს დრო პროცედურების ჩასატარებლად). აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლის გაზრდისთვის პირველი ძირითადი ნაბიჯი არის საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებასა და ქცევის შეცვლაზე მუშაობა.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში კიბოს სკრინინგის პროგრამებს თითქმის 15-წლიანი ოპერირების გამოცდილება აქვს, დაბალი ცნობიერება კვლავ დიდ გამოწვევად რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული გამოწვევა სახელმწიფო უწყებებს გაცნობიერებული აქვთ, მისი დაძლევის მიზნით არ განხორციელებულა სისტემური და ქმედითი ღონისძიებები, რასაც რეალური გავლენა ექნებოდა მოცვის მაჩვენებელზე, კერძოდ:

ცნობიერების ამაღლების კამპანიების განხორციელებამდე არ ჩატარებულა სამიზნე მოსახლეობის კვლევა, რომელიც შეაფასებდა მათ ცოდნასა და დამოკიდებულებას კიბოს სკრინინგის შესახებ, და გამოავლენდა სკრინინგპროგრამებში მათი დაბალი ჩართულობის მიზეზებს, რის გამოც ცნობიერების ამაღლების კამპანიების დროს გაჟღერებული გზავნილები ნაკლებად პასუხობდა დაბალი ჩართულობის რეალურ მიზეზებს.

ცნობიერების ამაღლების კამპანიები არ ხორციელდებოდა სისტემურად, რეგულარულად და ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობით, რის გამოც კამპანიებმა ვერ უზრუნველყო მოსახლეობის სათანადო ინფორმირება კიბოს სკრინინგის შესახებ, რაც განაპირობებდა მათი დამოკიდებულების შეცვლას.

სამიზნე მოსახლეობის მოწვევები არ იყო საკმარისად პერსონალიზებული და სისტემური იმისათვის, რომ მათ მნიშვნელოვანი დადებითი გავლენა მოეხდინათ სამიზნე მოსახლეობის ქცევაზე.

ღონისძიებების განხორციელების შემდგომ არ შეფასებულა მათი გავლენა სამიზნე მოსახლეობის ცნობიერების დონეზე, ქცევაზე, ჩართული მოსახლეობის რაოდენობაზე, მოცვისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის მაჩვენებელზე. შესაბამისად, არ გაანალიზებულა, რომელი ღონისძიებებია ეფექტიანი და რომელი საჭიროებს ცვლილებების განხორციელებას.

⁶⁰ მაგალითად: იმუნიზაციის, ახალი კორონავირუსის სანინაღმდეგო ვაქცინაციის – Stop Covid აპლიკაციის და იმუნიზაციის აპლიკაციის ბაზები.



სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მოსაზრებით, ცნობიერების ამაღლებასა და ქცევის შეცვლაზე ორიენტირებული რეგულარული, კომპლექსური და სისტემური ღონისძიებების განხორციელებით შესაძლებელი იქნება სკრინინგპროგრამებში სამიზნე მოსახლეობის მონაწილეობის გაზრდა, თუმცა მნიშვნელოვანია, აღნიშნული ღონისძიებები წარმოადგენდეს ერთიანი საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი სტრატეგიული ხედვის ნაწილს და იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული.

ჩაკომენდაცია

NCDC-მ საინისტრუქტაჟო ეთაჟ

- სკრინინგპროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის მაჩვენებლის გაზრდის მიზნით, განახორციელოს სისტემური და რეგულარული ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული ღონისძიებები. იმისათვის, რომ ღონისძიებები იყოს ქმედითი, მნიშვნელოვანია:
 - შემუშავდეს საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმა, რომელიც გააერთიანებს განსახორციელებელ აქტივობებს, საჭირო რესურსებსა და დაინტერესებული მხარეების როლს;
 - ცნობიერების ამაღლების მიზნით გამართული კამპანიები და მის ფარგლებში გამოყენებული გზავნილები დაიგეგმოს მოსახლეობის დაბალი ჩართულობის რეალური მიზეზების შესაბამისად;
 - უზრუნველყოფილ იქნეს დაინტერესებულ მხარეებთან კოორდინაცია და მათი ჩართვა ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებში;
 - გაანალიზდეს და შეფასდეს ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული ღონისძიებების შედეგები, სამომავლოდ უფრო ქმედითი ღონისძიებების შერჩევის მიზნით.
- სკრინინგპროგრამების სამიზნე მოსახლეობის ქცევის შეცვლის მიზნით, რეგულარულად დააგზავნოს პერსონალიზებული მონვევები საქართველოს მასშტაბით, რისთვისაც აუცილებელია სამიზნე მოსახლეობის შესახებ პერსონალური ინფორმაციის შეგროვება და დამუშავება.



4. დაინტეგრირებული მხარდაჭერის კოორდინაცია

იქიდან გამომდინარე, რომ სკრინინგპროგრამების ეფექტიანად განხორციელება კომპლექსური პროცესია, ამისთვის საჭიროა ყველა დაინტერესებულ მხარეს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება. აუდიტის ჯგუფმა გამოყო დაინტერესებული მხარეები, რომლებსაც მნიშვნელოვანი გავლენის მოხდენა შეუძლიათ კიბოს სკრინინგის მოცვის გაზრდაზე; ასევე შეისწავლა მათი სკრინინგპროგრამებში მონაწილეობისა და კოორდინაციის გაუმჯობესების პოტენციალი.

4.1 პირველადი ჯანდაცვის ნოტიან და შესაბამის სახელმწიფო პროგრამებთან კოორდინაცია

სკრინინგპროგრამის ეფექტიანად განხორციელებისთვის საჭიროა მრავალსექტორული მიდგომა და მისი ინტეგრირება ჯანდაცვის სხვა კერძო, თუ საჯარო სექტორში მიმდინარე პროგრამებთან.⁶¹ ამისთვის აუცილებელია დაინტერესებულ მხარეებს შორის კოორდინაციის პროცესის მონესრიგება, რაც გულისხმობს:

- სკრინინგპროგრამასა და სხვა მოქმედ პროგრამებს შორის კავშირების დანახვას;
- როლების და პასუხისმგებლობების მკაფიოდ განსაზღვრას, პროცესში ჩართული ყველა სუბიექტისთვის.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმების (შემდგომ – პჯდ ექიმი) როლის მნიშვნელობას, სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაში, მრავალი კვლევა და საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს. მათ დიდი გავლენა აქვთ ჯანდაცვის შესახებ ცნობიერების ზრდასა და დაავადებების ადრეულ გამოვლენაში. პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლების აქტიური მონაწილეობა მნიშვნელოვანია სკრინინგპროგრამებთან დაკავშირებულ ღონისძიებებსა და რეფერირების პროცესში.⁶²

⁶¹ World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all; World Health Organization. (2018). Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration.

⁶² Emery, J., Trevena, L., Mazza, D., Fallon-Ferguson, J., Shaw, K., Williams, B., & Varlow, M. (2012). The role of primary and communitybased healthcare professionals in early detection and follow-up in cancer care—a rapid review of best practice models: an evidence check rapid review brokered by the Sax Institute; Hewitson, P., Ward, A. M., Heneghan, C., Halloran, S. P., & Mant, D. (2011). Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomised trial; Young, B., Bedford, L., Kendrick, D., Vedhara, K., Robertson, J. F. R., & das Nair, R. (2018). Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK: a meta-ethnography of qualitative research; Jensen, L.F., Mukai, T.O., Andersen, B. et al. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation.

კვლევების თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობა ზრდის კიბოს სკრინინგის პროგრამების მოცვის მაჩვენებელს.⁶³ ასევე, თუ პაციენტს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმი შეახსენებს სკრინინგპროცედურაში მონაწილეობას, მისი სკრინინგპროგრამაში ჩართვის ალბათობა იზრდება.⁶⁴

უკეთესი პრაქტიკით პირველადი ჯანდაცვის ექიმები სკრინინგპროგრამებთან დაკავშირებულ შემდეგ აქტივობებს ახორციელებენ:

- **ვიზიტზე მისული პაციენტების ინფორმირება** – პჯდ ექიმებს ევალუბათ მიაწოდონ პაციენტებს ინფორმაცია სკრინინგის შესახებ, შესაბამისი გაიდლაინების გათვალისწინებით;⁶⁵
- **პაციენტის რეფერირება სკრინინგის განმახორციელებელ დაწესებულებაში** – პჯდ ექიმებს ევალუბათ პაციენტების სკრინინგცენტრებში რეფერირება. ზოგ ქვეყანაში უფასო სკრინინგპროგრამაში ჩასართავად აუცილებელია ოჯახის ექიმის მიმართვა;⁶⁶
- **პაციენტის სკრინინგპროცედურაზე მოწვევის პროცესში ჩართულობა** – სამიზნე მოსახლეობის მოწვევა სკრინინგპროცედურებზე ხორციელდება პჯდ ექიმების სახელით. მათ მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ სამიზნე მოსახლეობის სიებისა და მონაწილეობის სტატუსის მართვის პროცესში;⁶⁷
- **სკრინინგის პროცედურის ჩატარება** – ხშირად სკრინინგის პირველ საფეხურს პჯდ ექიმები ახორციელებენ.⁶⁸

ჩამოთვლილი აქტივობებიდან, საქართველოში პჯდ ექიმები უმეტესად პირველს (ვიზიტზე მისული პაციენტების ინფორმირებას) ახორციელებენ.

⁶³ მაგალითად, კოლორექტული კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობისთვის პჯდ ექიმების მიერ გაგზავნილმა წერილმა, მოცვა 6%-ით გაზარდა, გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებული კვლევა კი ხაზს უსვამს, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ პაციენტის გადაწყვეტილებაზე, მიიღონ თუ არა მონაწილეობა სკრინინგში. ამავეს ადასტურებს დანიაში ჩატარებული კვლევა, რომლის თანახმად: სკრინინგის მიმართ ნეგატიურად განწყობილ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან რეგისტრირებული ქალები, 17%-ით მეტად შესაძლებელია, რომ არ იტარებდნენ სკრინინგპროცედურებს.

⁶⁴ Emery, J., Trevena, L., Mazza, D., Fallon-Ferguson, J., Shaw, K., Williams, B., & Varlow, M. (2012). The role of primary and communitybased healthcare professionals in early detection and follow-up in cancer care—a rapid review of best practice models: an evidence check rapid review brokered by the Sax Institute.

⁶⁵ Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J., & Colombo, F. (2016). Primary care review of Denmark. Bringedal, B., Fretheim, A., Nilsen, S., & Rø, K. I. (2019). Do you recommend cancer screening to your patients? A cross-sectional study of Norwegian doctors.

⁶⁶ Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J., & Colombo, F. (2016). Primary care review of Denmark. Bringedal, B., Fretheim, A., Nilsen, S., & Rø, K. I. (2019). Do you recommend cancer screening to your patients? A cross-sectional study of Norwegian doctors; Personalised invitations of Czech citizens to cancer screening programmes. <https://www.cervix.cz/news-detail/en/6-personalised-invitations-of-czech-citizens-to-cancer-screening-programmes/>

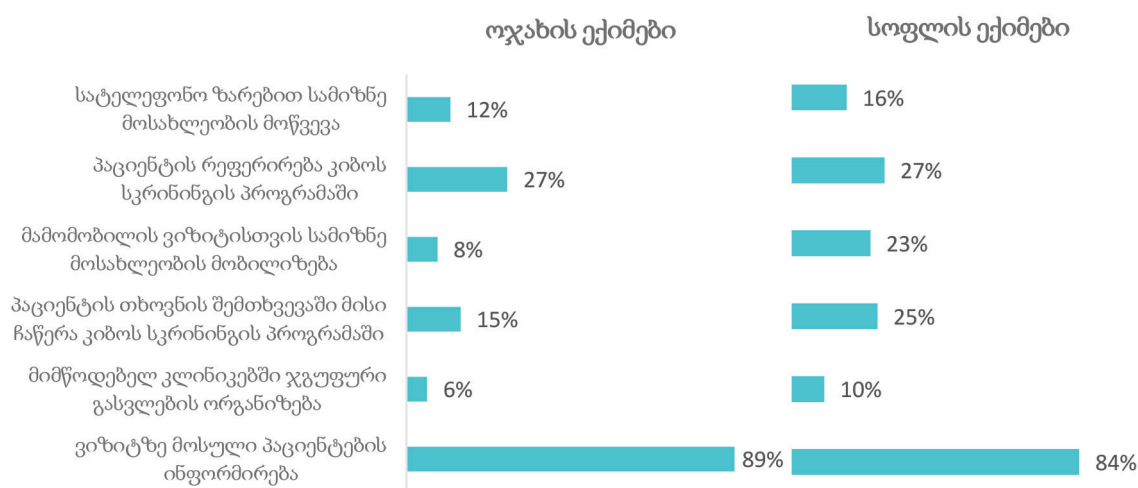
⁶⁷ List of participants due to be invited also known as the Prior Notification List (PNL) <https://digital.nhs.uk/services/screening-services/national-cervical-screening/new-cervical-screening-management-system/list-of-participants-due-to-be-invited>

⁶⁸ Wilson, A., Windak, A., Oleszczyk, M., Wilm, S., Hasvold, T., & Kringos, D. (2015). The delivery of primary care services. In Building primary care in a changing Europe; Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review.



გარდა ამისა, აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმების გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ მათი უმეტესობა იშვიათად ახორციელებს პაციენტების სკრინინგპროგრამებში ჩასართავად პროაქტიურ ღონისძიებებს.⁶⁹ ოჯახის ექიმების – 54% და სოფლის ექიმების 41% მხოლოდ ვიზიტზე მისული პაციენტების ინფორმირებით მონაწილეობენ სკრინინგპროგრამებში მოსახლეობის ჩართვის პროცესში.

გრაფიკი 6. გამოკითხული ექიმების მიერ განხორციელებული აქტივობები, სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგპროგრამებში ჩასართავად



აღსანიშნავია, რომ ექიმების მცირე ნაწილი ახორციელებს კიბოს სკრინინგის პროგრამაში სამიზნე მოსახლეობის რეფერირებას (27%).

ამავეს ადასტურებს სამიზნე მოსახლეობის გამოკითხვის შედეგები, რომლის თანახმადაც კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ გამოკითხულთა 6%-ს სმენია ოჯახის ექიმებისგან.⁷⁰

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმებისთვის კანონმდებლობით მკაფიოდ არ არის განსაზღვრული მათი როლი და პასუხისმგებლობები პაციენტების სკრინინგის პროგრამებში გადამისამართების შესახებ:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით⁷¹ ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს პრევენციულ ღონისძიებებს, თუმცა არ არის დეტალურად გაწერილი ოჯახის ექიმის მიერ სკრინინგის მიმართულებით განსახორციელებელი ღონისძიებები;
- სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამით გაწერილი მომსახურების ჩამონათვალი არ არის გათვალისწინებული კიბოს სკრინინგის პროგრამებში პაციენტების ინფორმირება და გადამისამართება.

⁶⁹ სატელეფონო ზარების განხორციელება სამიზნე მოსახლეობის მოწვევის მიზნით და პაციენტების რეფერირება კიბოს სკრინინგის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

⁷⁰ გამოკითხულთა ნაწილს (59%-ს) სმენია კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ. მათგან, ვისაც სმენია კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, 6%-მა შეიტყო ოჯახის ექიმებისგან.

⁷¹ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვალის №36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.

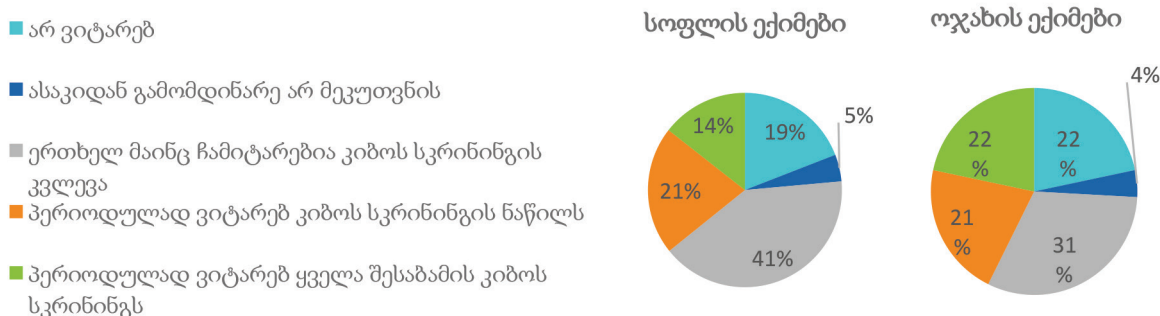
აღსანიშნავია, რომ არ ხდება მონიტორინგი თუ რამდენად მონაწილეობენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმები კიბოს სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართვის პროცესში და ჯანდაცვის შესაბამისი უწყებები⁷² არ იკვლევენ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების საქმიანობას ამ მიმართულებით.

ფოკუსჯგუფებთან⁷³ ინტერვიუს შედეგად გამოვლინდა, რომ ექიმების აქტივობა მათსავე ინიციატივაზეა დამოკიდებული. გამოკითხული სოფლის ექიმების 33% და ოჯახის ექიმების 45%, აღნიშნული მიმართულებით მათი ნაკლები ჩართულობის ერთ-ერთ განმაპირობებელ ფაქტორად, სკრინინგში მოსახლეობის ჩართვის ვალდებულების არქონასა და მესამე მხარის მიერ ამ პროცესის მონიტორინგის ნაკლებობას ასახელებენ.

WHO-ის გაიდლაინების მიხედვით, მნიშვნელოვანია პჯდ ექიმების განათლებისა და ცნობიერების ამაღლებაზე ზრუნვა. პჯდ ექიმების განათლება უნდა მოიცავდეს პაციენტებთან ეფექტიანი კომუნიკაციის, კონსულტაციისა და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის განხორციელებისთვის საჭირო უნარების განვითარებას. მსგავსი ტრენინგები ოჯახის/სოფლის ექიმებს ეხმარება სამიზნე მოსახლეობაში გაავრცელონ სწორი გზავნილები სკრინინგპროგრამების შესახებ.⁷⁴

საქართველოში პჯდ ექიმებისთვის დგას კიბოს სკრინინგის შესახებ ცნობიერების პრობლემა. აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, ოჯახის/სოფლის ექიმების უმეტესი ნაწილი თავადაც არ იტარებს კიბოს რეგულარულ სკრინინგს.

გრაფიკი 7. გამოკითხულ ექიმთა სკრინინგპროგრამებში მონაწილეობის მდგომარეობა



აღსანიშნავია, რომ ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილი (ოჯახის ექიმების 8% და სოფლის ექიმების 12% პროცენტი) მხოლოდ იმ შემთხვევაში აწვდის პაციენტს ინფორმაციას სკრინინგპროგრამების შესახებ, თუ მათ აქვთ ჩივილი, რომელიც შესაძლოა უკავშირდებოდეს სიმსივნეს. ექიმების ნაწილი აწვდის ინფორმაციას არა მხოლოდ ჩივილიდან გამომდინარე, არამედ ასაკობრივი, გენეტიკური ფონის გათვალისწინებით, თუმცა არა – ყველა მასთან მისულ პაციენტს.

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ აუდიტის ობიექტების მხრიდან არ ყოფილა ოჯახის ექიმების სკრინინგის პროგრამებში ჩართვის გაზრდაზე მიმართული სისტემური ღონისძიებები.

⁷² სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო.

⁷³ სოფლის ექიმებთან გამართული ჯგუფური დისკუსია.

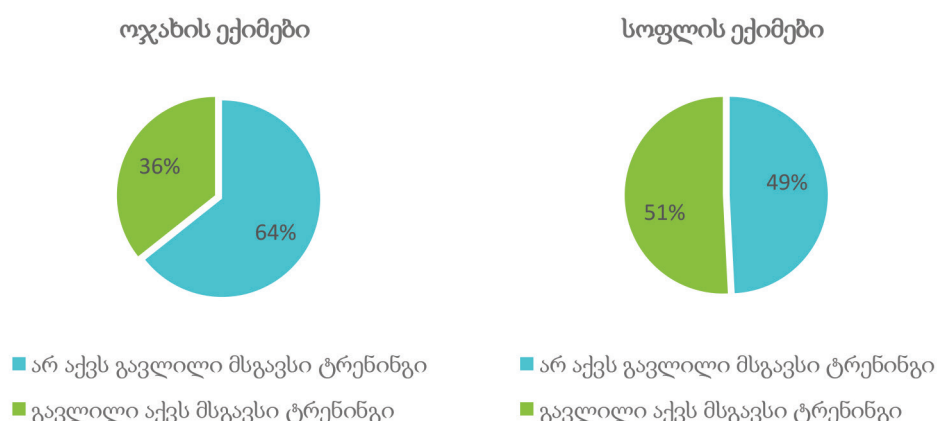
⁷⁴ World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection.



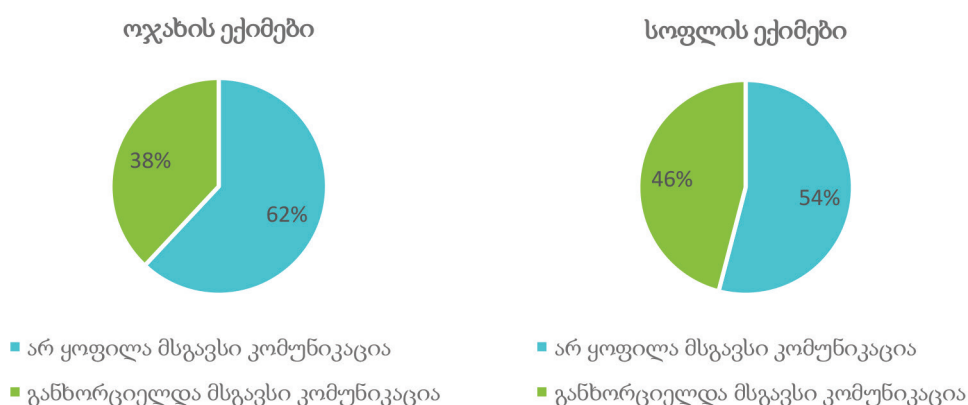
NCDC-ის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ოჯახის ექიმებისთვის ტრენინგი ჩატარდა 2019 წელს, საქართველოს ოთხ რეგიონში, კიბოს სკრინინგის შესახებ პაციენტებთან კომუნიკაციის შესაძლებლობების გაძლიერებისთვის. აღნიშნული ტრენინგი გაიარა 148 ექიმმა, ოჯახის ექიმთა 6%-მა.

პჰდ ექიმების გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ ნახევარზე მეტს არ გაუვლია კიბოს სკრინინგის პროგრამებთან დაკავშირებული ტრენინგები და არ მიუღიათ მითითებები პროგრამის პოტენციურ ბენეფიციარებთან კომუნიკაციისთვის საჭირო გზავნილების შესახებ.

გრაფიკი 8. 2018-2021 წლებში აუდიტის ობიექტების ორგანიზებით ოჯახის/სოფლის ექიმებისთვის კიბოს სკრინინგის უფასო სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებული ტრენინგები



გრაფიკი 9. აუდიტის ობიექტების კომუნიკაცია სოფლის ექიმებთან, ექიმების მიერ სამიზნე მოსახლეობასთან კიბოს სკრინინგის პროგრამის შესახებ გასაზრცელებელი მესიჯების თაობაზე



2022 წელს სკრინინგცენტრის მიერ საპილოტე რეჟიმში დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული 1 დაწესებულებასა და 3 კერძო სადაზღვევო კომპანიასთან თანამშრომლობა, რომელიც მოიცავს სკრინინგის ელექტრონული მიმოცვლის სისტემის⁷⁵ სატესტო რეჟიმში დანერგვასა და ოჯახის ექიმების მხრიდან ტრენინგების გავლას,

⁷⁵ სკრინინგის ელექტრონული მიმოცვლის სისტემა გულისხმობს ოჯახის ექიმისთვის პაციენტის სკრინინგის ჩატარების სტატუსის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას და პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში, სკრინინგის შედეგების გაზიარებას.

თუმცა აღნიშნული პროგრამის შედეგები ვერ ფასდება აუდიტის მასშტაბისა და ჩართული დაწესებულებების სიმცირის გამო.

წამახალისებელი მექანიზმები

საერთაშორისო პრაქტიკაში არსებობს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის წამახალისებელი მექანიზმები, რომლებიც აამაღლებს მათ მოტივაციას და საბოლოო ჯამში ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემების მძიმე პაციენტების განგანტვირთვას. ერთ-ერთი მსგავსი წამახალისებელი პოლიტიკაა ოჯახის ექიმების ანაზღაურების დაკავშირება წინასწარ განსაზღვრულ მაჩვენებლებთან, რომელიც მათი პაციენტების ქცევას და ჯანმრთელობის მდგომარეობას უკავშირდება. აღნიშნული მექანიზმი გულისხმობს გარკვეული პერიოდულობით (წელიწადში ერთხელ ან ორჯერ) განსაზღვრული ინდიკატორების შესაბამისი შედეგების დათვლასა და მონიტორინგს, რის საფუძველზეც ხდება ჩართულ ორგანიზაციებთან ან ექიმებთან ანგარიშსწორება.⁷⁶

შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა (P4P – Pay for Performance) შეიძლება გულისხმობდეს მცირე ბონუსების⁷⁷ შეთავაზებას ექიმებისთვის, რომლებიც მიაღწევნ წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებს – მაგალითად, ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მოცვის წინასწარ განსაზღვრულ მაჩვენებელს ან P4P შესაძლოა აკავშირებდეს ექიმების შემოსავლის მნიშვნელოვან ნაწილს (შემოსავლების, დაახლოებით, 25%) 100-ზე მეტ ხარისხის ინდიკატორთან.⁷⁸

P4P სქემაზე ჩატარებული კვლევების თანახმად, ზოგიერთ ქვეყანაში⁷⁹ მნიშვნელოვნად გაიზარდა სკრინინგპროგრამების მოცვის მაჩვენებლები. ამასთანავე, მსგავსი პროგრამების უმეტესობამ ხელი შეუწყო ჯანდაცვის სისტემის მიზნებზე ფოკუსირებას, ანგარიშვალდებულებას, ინფორმაციის უკეთ გენერირებასა და გამოყენებას.⁸⁰

პირველადი ჯანდაცვის ჩაუქონება და პროგრამაში მიმდინარე სვლილებები

საქართველოში მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა, რომელიც ეხება პჯდ ექიმების ანაზღაურების სქემას. რეფორმის პროექტი იზიარებს საერთაშორისო პრაქტიკას შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სისტემის შესახებ. თუმცა, დაგეგმილი რეფორმა არ ითვალისწინებს კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული მაჩვენებლების ინტეგრირებას ოჯახის/სოფლის ექიმების დაფინანსებაში მიუხედავად იმისა, რომ კიბო სიკვდილიანობით

⁷⁶ World Health Organization. (2014). Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability. OECD Publishing.

⁷⁷ ავსტრალიაში ექიმს შეუძლია გამოიმუშაოს 3\$ მასზე მიმაგრებული თითოეული ქალი პაციენტისთვის, თუ 65%-იან მოცვას მიაღწევს.

⁷⁸ Greene, J. (2013). An Examination of Pay for Performance in General Practice in Australia.

⁷⁹ დიდი ბრიტანეთი, ახალი ზელანდია, ესტონეთი.

⁸⁰ World Health Organization. (2014). Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability. OECD Publishing; Chikovani, I., Sulaberidze, L., & Tsuladze, A. (2020). Effects of Pay for Performance on utilization and quality of care among Primary Health Care providers (in private settings) in Middle and High-Income countries.



მეორე დაავადებაა საქართველოში და მსოფლიო მასშტაბით მისი ადრეული გამოვლენის შემთხვევაში, დადასტურებულია დადებითი ეკონომიკური და ჯანდაცვითი შედეგები.⁸¹

ამასთანავე, 2023 წლიდან იცვლება პროგრამა – „დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი“. კერძოდ, ახალი დიზაინი ითვალისწინებს ოჯახის/სოფლის ექიმებისთვის დანამატს (2 ლარის ოდენობით) ყოველ პაციენტზე, რომელსაც წინასწარ დაუჭავშიან ვიზიტს სპეციალურ ელექტრონულ სისტემაში. აღნიშნულ ცვლილებას არ აქვს სავალდებულო ხასიათი, შესაბამისად, პჯდ ექიმების ჩართვა სკრინინგის მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესებაში ნებაყოფლობითი იქნება. ბონუსური სისტემის გათვალისწინება პროგრამაში, წინ გადადგმული ნაბიჯია და სხვა შესაბამის ღონისძიებებთან ერთად შესაძლოა შექმნას საფუძველი შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სისტემაზე გადასასვლელად.

4.2 მუნიციპალიტეტებსა და მათ დაქვემდებარებაში არსებულ საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სერვისებთან კოორდინაცია

ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებებს შორის პარტნიორობა და კოორდინაცია მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის კომპლექსური განვითარებისათვის და ჯანდაცვის პროგრამების ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ბარიერის აღმოსაფხვრელად.

მუნიციპალიტეტებმა საკუთარი მანდატის ფარგლებში შესაძლოა დადებითი ზეგავლენა მოახდინონ კიბოს სკრინინგის პროგრამების ხელშეწყობაზე:

- მუნიციპალიტეტში მცხოვრები ადგილობრივი მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით;
- ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემების ბარიერის აღმოსაფხვრელად, ტრანსპორტირების დაფინანსებით.

კარგი პრაქტიკით,⁸² ჯანდაცვის სისტემებმა სასურველია ჩამოაყალიბონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა პროგრამა, რათა ხმა მიანდინონ სხვადასხვა საზოგადოებრივ ჯგუფს და ყველა დროულად ჩაერთოს შესაბამის სკრინინგპროგრამაში. აუცილებელია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამშრომლები იყვნენ ნდობით აღჭურვილი პირები იმ კონკრეტული ჯგუფებისთვის, რომლებსაც ემსახურებიან. გარდა ამისა, კარგად უნდა ჰქონდეთ გააზრებული ადგილობრივი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული თავისებურებები, რომლებიც გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის სურვილსა და შესაძლებლობაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს უნდა შეეძლოთ მოსახლეობასთან ხშირი და სრულყოფილი კომუნიკაციისთვის მრავალფეროვანი გზების გამოყენება (მაგალითად: პირადი საუბრები, სატელეფონო/მოკლე ტექსტური შეტყობინებებით კომუნიკაცია).

⁸¹ დაფინანსება გამოყოფილია მხოლოდ შემდეგი დაავადებების ადრეული გამოვლენისა და მართვისთვის: ბავშვთა ასაკის ადრეული განვითარებაზე მეთვალყურეობა, შაქრიანი დიაბეტის მართვა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და ჰიპერტენზია, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ბრონქული ასთმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა.

⁸² President's Cancer Panel. Closing Gaps in Cancer Screening: Connecting People, Communities, and Systems to Improve Equity and access. <https://prescancerpanel.cancer.gov/report/cancerscreening/Part2Goal2.html>



საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებსა და მოსახლეობას შორის ჩამოყალიბებული სწორი კომუნიკაცია, სამიზნე მოსახლეობას აძლევს შესაძლებლობას გააცნობიეროს და დაძლიოს ის ბარიერები, რომლებიც აფერხებს კიბოს სკრინინგში მათ ჩართულობას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს შეუძლიათ განახორციელონ სხვადასხვა აქტივობები კიბოს სკრინინგის პროგრამაში სამიზნე მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად, კერძოდ:

- საზოგადოებრივ/სათემო ორგანიზაციებსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის ურთიერთობის ჩამოყალიბება;
- მოსახლეობის ინფორმირება, მათთან უშუალო კომუნიკაცია;
- მოსახლეობის დარწმუნება იმაში, რომ ჰქონდეთ კომუნიკაცია ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელ რომელიმე დაწესებულებასთან;
- მოსახლეობაში შესაბამისი კიბოს სკრინინგის წახალისება;
- კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის იდენტიფიცირება და მათთან დაკავშირება.

გარდა ამისა, ჯანდაცვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს მათი დატრენინგება სამუშაოსთვის საჭირო ცოდნისა და უნარების შესაძენად. ტრენინგის ფარგლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებმა უნდა მიიღონ მათი სამუშაოსთვის შესაფერისი ცოდნა, მათ შორის, სკრინინგპროგრამების შესახებ დეტალური ინფორმაცია (მაგალითად: სკრინინგის სხვადასხვაგვარი ტესტების შესახებ, ვინ არის კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობა და ა.შ.). გარდა ამისა, ტრენინგებმა უნდა განუვითაროთ კომუნიკაციის, სწავლების, კონსულტირების, ადვოკატირებისა და ორგანიზატორული უნარები. ამასთანავე, კიბოს სკრინინგისა და მკურნალობის წასახალისებლად საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებისა და სერვისების განგრძობადი, სისტემატური დაფინანსება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების სამუშაოს დაფინანსების სხვადასხვა პრაქტიკა არსებობს, მათ შორის, ადგილობრივ ბიუჯეტში ამ მიმართულებით ფინანსური რესურსის გამოყოფა.

საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის მუნიციპალიტეტებში შექმნილია მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები, რომელთა მეთოდურ ხელმძღვანელობას ახორციელებს სამინისტრო.⁸³

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაციის⁸⁴ მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტრატეგიულ ფუნქციებში შედის დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და პროფილაქტიკა; ასევე მოსახლეობის, თემის წარმომადგენლების, ცალკეული მოწყვლადი ჯგუფების ორგანიზება და დისკუსიების წარმართვა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობასთან დაკავშირებით, ჯანმრთელობის ადვოკატირება, მოსახლეობასთან კომუნიკაციის გაუმჯობესება, საინფორმაციო განმარტებითი საქმიანობა და სოციალური მობილიზაცია.

⁸³ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების უფლებამოსილებები განსაზღვრულია „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით.

⁸⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 20 ივლისის №01-163/ო ბრძანება „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურების ფუნქციონირების შესახებ“.



თავის მხრივ, NCDC-ის ამოცანებსა და ფუნქციებში შედის პარტნიორული ურთიერთობების გაღრმავება ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებთან და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური ცენტრებისათვის სახელმძღვანელო/მეთოდური რეკომენდაციების მომზადებაში მონაწილეობა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაციის მიხედვით,⁸⁵ NCDC მუშაობს მუნიციპალურ სამსახურებთან ურთიერთობების გაუმჯობესებაზე, აწყოებს სამუშაო შეხვედრებს, უწყვეტ სწავლებებს/ტრენინგებს/სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებს, რომლებიც ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურების გამართულ ფუნქციონირებას.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ორგანიზებული მუნიციპალიტეტების გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ 13 მუნიციპალიტეტიდან მხოლოდ 5-მა განახორციელა ღონისძიებები სამიზნე მოსახლეობის სკრინინგის პროგრამებში ჩასართავად, ხოლო კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში, მიმწოდებლის არმქონე გამოკითხული 9 მუნიციპალიტეტიდან 2018-2021 წლებში 8 მათგანს არ დაუფინანსებია ტრანსპორტირება უახლოეს მიმწოდებლის მქონე მუნიციპალიტეტამდე, ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ბარიერის შესამსუბუქებლად.

11 სჯ-ის გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ მათგან 5-ს, 2018-2021 წლებში კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის მხარდაჭერი არცერთი ღონისძიება არ განუხორციელებიათ, ხოლო დანარჩენი ცენტრები არასისტემურად/არარეგულარულად ატარებენ შემდეგ ღონისძიებებს: NCDC-ისგან მიღებული ფლაერების დარიგება, მამომობილის ვიზიტის შემთხვევაში მოსახლეობის მობილიზება, სკოლებში გვეგური (სანიტარიული) მონიტორინგის დროს ინფორმაციის მიწოდება და სხვ.

შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მხარდაჭერა კიბოს სკრინინგის პროგრამების ხელშეწყობისთვის სუსტია, ხოლო სჯ-ების რესურსი სრულად ათვისებული არ არის კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით.

აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული მუნიციპალიტეტებიდან მხოლოდ ზუგდიდის მუნიციპალიტეტმა განახორციელა სისტემური და არაერთჯერადი ღონისძიებები მუნიციპალიტეტში არსებულ სკრინინგცენტრთან კოორდინაციით. სკრინინგთან დაკავშირებული ღონისძიებები აქტიურად ფინანსდებოდა ჩეხეთის განვითარების სააგენტოსა და კარიტასის მიერ.⁸⁶ აღნიშნულის შედეგად, თბილისის შემდეგ ზუგდიდის მუნიციპალიტეტს საუკეთესო მოცვის მაჩვენებელი აქვს მუნიციპალიტეტებში, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ მეტი დაფინანსების გამოყოფისა და მუნიციპალიტეტის მერიის მხარდაჭერის შემთხვევაში, შესაძლებელია მოცვის უკეთესი მაჩვენებლის მიღწევა.⁸⁷

⁸⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 20 ივლისის №01-163/ო ბრძანება „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურების ფუნქციონირების შესახებ“.

⁸⁶ დაფინანსდა შემდეგი ღონისძიებები: პირველადი ჯანდაცვის და სხვა ექიმების ინფორმირება, მათი პერიოდული ტრენინგები სკრინინგის ეფექტიანობასა და მოსახლეობის ჩართვასთან დაკავშირებით; მოსახლეობასთან შეხვედრები სოფლებში; ბეჭდვითი პროდუქცია და მისი დისტრიბუცია; მასობრივი მედიასაშუალებების გამოყენება (რადიო, ტელევიზია, ფეისბუქი); მობილიზატორების პროგრამა – ე.წ. სოციალურად აქტიური პირები (მობილიზატორები) გადიოდნენ ტრენინგს, სწავლობდნენ როგორ უნდა წარემართათ კომუნიკაცია და ცდილობდნენ სამიზნე მოსახლეობის მიყვანას სკრინინგზე; სატელეფონო შეტყობინებები.

⁸⁷ აქვე გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ თბილისის მსგავსად, ზუგდიდში ფუნქციონირებს სპეციალიზებული სკრინინგცენტრი, რომელიც მხოლოდ ამ მომსახურების მიწოდებაზეა კონცენტრირებული. სხვა მუნიციპალიტეტებში სკრინინგის სერვისები ინტეგრირებულია ჩვეულებრივ სამედიცინო დაწესებულებებში.

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ არ ხდება კოორდინირებული მუშაობა NCDC-ის, მუნიციპალიტეტებსა და სჯც-ებს შორის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში უკეთესი შედეგის მისაღწევად და მოცვის მაჩვენებლის გასაუმჯობესებლად.

NCDC-ის მიერ აუდიტის პერიოდში მიმდინარეობდა მუნიციპალიტეტებთან და სჯც-ებთან კომუნიკაცია⁸⁸ კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული პროგრამების გაცნობისა და ხელშეწყობის მიზნით, თუმცა მიუხედავად კომუნიკაციისა, მუნიციპალიტეტებისა და სჯც-ების მონაწილეობა სკრინინგის პროგრამების ხელშეწყობაში მაინც დაბალია, რაც შესაძლოა განპირობებული იყოს შემდეგი ფაქტორებით:

- ადგილობრივ ხელისუფლებას კიბოს სკრინინგის პროგრამის ხელშეწყობის მიმართულებით კონკრეტული პასუხისმგებლობები არ აქვს დაკისრებული. შედეგად, მხოლოდ NCDC-ის მიერ მათთან კოორდინაცია არ არის შედეგის მომტანი;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებით მუნიციპალიტეტების მიერ გამოყოფილი დაფინანსება მცირეა და მუნიციპალური ბიუჯეტის 0.6%-ს შეადგენს.⁸⁹ NCDC-ის რეკომენდაციით დაფინანსების მინიმალური მოცულობა უნდა იყოს 2%-8%;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაცია უმეტესად ეხება გადამდებ დაავადებათა მართვას და სჯც-ების ფუნქციებში არ არის განსაზღვრული კონკრეტული ღონისძიებები კიბოს სკრინინგის პროგრამებში მათ ჩართულობასთან დაკავშირებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერების, გარკვეული ვალდებულებების გადანაწილების და ფუნქციების უკეთ განსაზღვრის გარეშე კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობა ღონისძიებებში მუნიციპალიტეტებისა და სჯც-ების ჩართულობის დონე, განხორციელებული ღონისძიებების სისტემურობა და ხარისხი მათ კეთილ ნებაზე იქნება დამოკიდებული და მნიშვნელოვან დადებით გავლენას ვერ მოახდენს მოცვის მაჩვენებელზე.

4.3 მაჰოზოზილის ჩასუნის ოპტიმალური გამოყენების მიზნით დაინტენსიფიკაცია მხარეებს შორის კოორდინაცია

მუნიციპალიტეტების დიდ ნაწილში არ არის ხელმისაწვდომი სკრინინგის პროგრამა, მიუხედავად 2020 წელს პროგრამის ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით განხორციელებული ცვლილებებისა.⁹⁰ აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებულ გამოკითხვაში ოჯახის ექიმების 44%

⁸⁸ NCDC-ის რეგიონული სამსახურების თანამშრომლების ყოველთვიური გასვლითი ვიზიტები სჯც-ებთან, რომლის ფარგლებშიც ხდებოდა ინფორმაციის გაცვლა მიმდინარე საკითხებზე; წლის დასაწყისში ყველა სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და შესული ცვლილებების განხილვა; NCDC-ის ხელმძღვანელობის ვიზიტები მუნიციპალიტეტებში სახელმწიფო პროგრამების ხელშეწყობის შესახებ. შეხვედრებზე განხილვებოდა მუნიციპალიტეტების მიერ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებით მეტი დაფინანსების გამოყოფის აუცილებლობა, პირველადი ჯანდაცვისათვის ქსელში შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების მოდელის შემოღება, ტრანსპორტირების დაფინანსების საკითხის მნიშვნელობა და სხვ.

⁸⁹ 2019 წელს სჯც-ებში ჩატარებული ინვენტარიზაციის შედეგები. მონაცემები მიღებულია NCDC-ისგან. დაფინანსების წილი დათვლილია შემდეგნაირად: სჯც-ებისათვის გამოყოფილი ბიუჯეტი/ მუნიციპალიტეტის მთლიანი ბიუჯეტი.

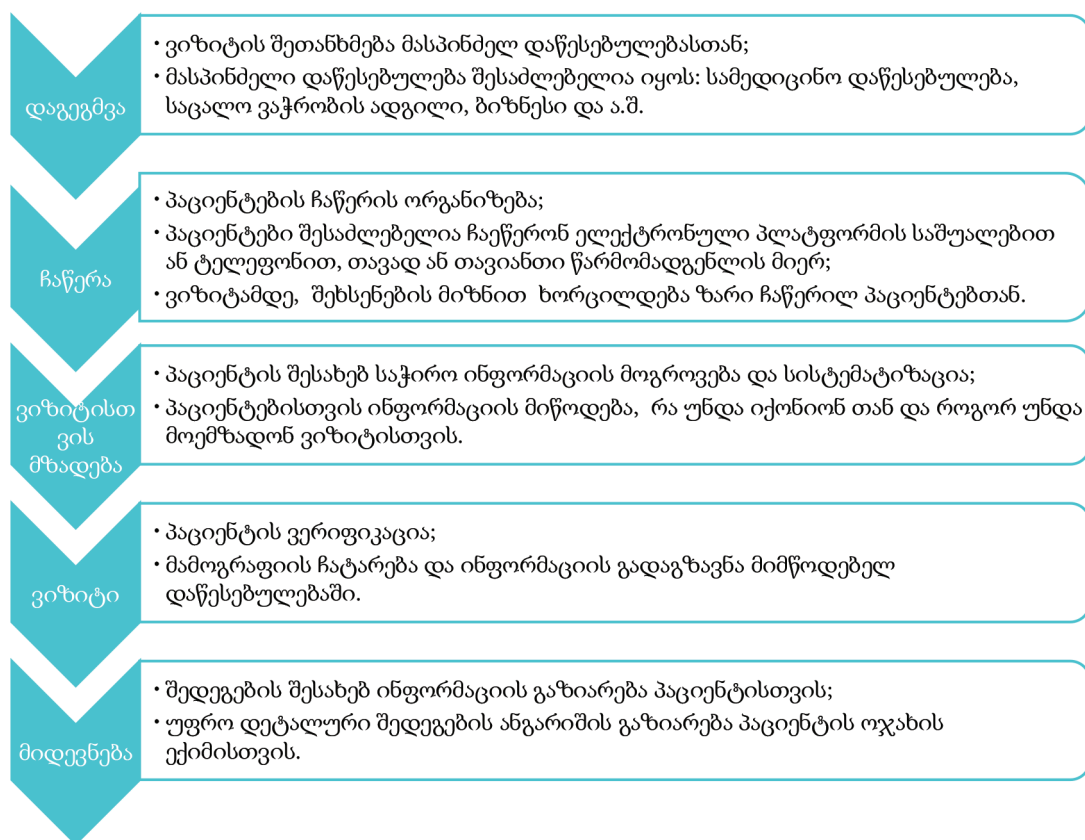
⁹⁰ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისის ღირებულების ზრდა, პროგრამის ვაუჩერულ დაფინანსებაზე გადასვლა (2018-2019 წლებში პროგრამის მიმწოდებელს წარმოადგენდა ტენდერში გამარჯვებული სამედიცინო დაწესებულება, შესაბამისად, მომსახურებას აწვდიდა მხოლოდ 1 მიმწოდებელი).



და სოფლის ექიმების 64% მათი დაბალი მონაწილეობის ერთ-ერთ მიზეზად ასახელებენ ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ბარიერს, რის გამოც ვერ ურჩევენ სამიზნე მოსახლეობას კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვას.

სკრინინგის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად ბევრ ქვეყანაში გამოიყენება მამომობილები.⁹¹ პრაქტიკით, მამომობილების რესურსის ოპტიმიზაცია ხდება პაციენტების წინასწარ ჩანერის ორგანიზებით, რაც სერვისის მიმწოდებლებს ეხმარება: წინასწარ ჰქონდეს ინფორმაცია პაციენტის დემოგრაფიული მონაცემების შესახებ;⁹² დარწმუნდეს, რომ ადგილზე მისული მამომობილის რესურსი იქნება ათვისებული და შეძლებს საკმარისი რაოდენობის პაციენტის მიღებას. მამომობილის მომსახურების ორგანიზების პროცესი აღწერილია სქემაში:⁹³

სქემა 7. მამომობილის მომსახურების ორგანიზების პროცესი



მამომობილის ვიზიტამდე მნიშვნელოვანია დაინტერესებულ მხარეებს შორის სათანადო კოორდინაციის უზრუნველყოფა, რათა:

⁹¹ აშშ, ბრაზილია, ირლანდია, ლატვია, პორტუგალია, სლოვენია და ა.შ. Altobelli, E., & Lattanzi, A. (2014). Breast cancer in European Union: an update of screening programmes as of March 2014. Guillaume, E., Rollet, Q., Launay, L. et al. (2022). Evaluation of a mobile mammography unit. Concepts and randomized cluster trial protocol of a population health intervention research to reduce breast cancer screening inequalities.

⁹² აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული ინტერვიუებით გამოვლინდა, რომ მამომობილების მფლობელ ორგანიზაციას ჰქონია შემთხვევები, როცა მამოგრაფია ჩაუტარა ისეთ პაციენტს, რომლის მომსახურებაც არ ანაზღაურდებოდა სახელმწიფო პროგრამის მიერ.

⁹³ Browder, C., Eberth, J. M., Schooley, B., & Porter, N. R. (2015). Mobile mammography: An evaluation of organizational, process, and information systems challenges.

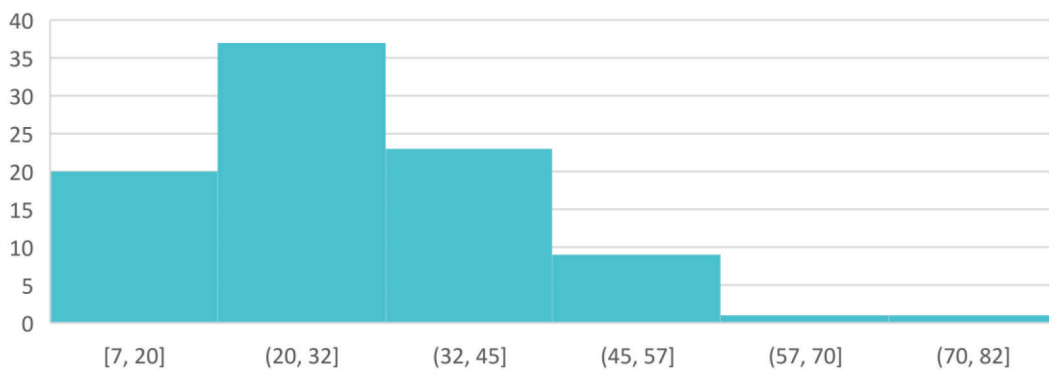
- სამიზნე მოსახლეობამდე მივიდეს ინფორმაცია მამომობილის ვიზიტის შესახებ;
- განხორციელდეს მსურველი პაციენტების ჩანერა, მათ შესახებ საჭირო ინფორმაციის მოგროვება და აღნიშნულის მამომობილის მქონე დაწესებულებისათვის გაზიარება.

ამ ეტაპზე არსებული დაბალი ცნობიერების გამო, კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს მამომობილის ვიზიტამდე ინფორმაციის სათანადოდ გავრცელებას და სამიზნე მოსახლეობის დარწმუნებას სკრინინგში მონაწილეობის მისაღებად.

2018-2021 წლებში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული იყო 3 დაწესებულების მამომობილი.⁹⁴

გრაფიკი 10 აჩვენებს მამომობილების მიერ მიღებული პაციენტების რაოდენობას, ხოლო ცხრილი 8 აჩვენებს მათ წლიურ დატვირთვას.

გრაფიკი 10. 2018-2021 წლებში სკრინინგცენტრის მამომობილის მიერ მიღებული პაციენტების რაოდენობის სიხშირული განაწილება



როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ხშირია შემთხვევა, როდესაც მამომობილი დღეში ემსახურება 32-მდე ბენეფიციარს, როდესაც არსებობს 2-ჯერ მეტი ბენეფიციარის მომსახურების შესაძლებლობა.⁹⁵ საპირისპიროდ, არსებობს შემთხვევებიც, როდესაც მოსახლეობის დიდი მიმართვიანობის გამო, მამომობილებთან არის რიგები, რაც მიუთითებს, რომ მამომობილის ვიზიტები არ არის ოპტიმალურად დაგეგმილი.

აღსანიშნავია, რომ მამომობილით გასვლითი ღონისძიებები უკავშირდება დამატებით ხარჯებს,⁹⁶ თუმცა მისთვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განსხვავებული ანაზღაურების სისტემა არ არის გათვალისწინებული, რის გამოც ბენეფიციართა სიმცირემ შესაძლოა გამოიწვიოს ფინანსური პრობლემები მამომობილის მქონე დაწესებულებებისათვის.

⁹⁴ სკრინინგცენტრის, ბერძნული სამედიცინო ფონდ „ჰიპოკრატესა“ და ქალთა ჯანმრთელობის ცენტრ „ჰერას“ მამომობილები. მამომობილებმა 2018-2021 წლებში მოიცვეს 45 მუნიციპალიტეტი და, დაახლოებით, 7 ათასი ბენეფიციარი, რაც ამ მუნიციპალიტეტებში ძუძუს კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის 2%-ს შეადგენს.

⁹⁵ სკრინინგცენტრის მიერ სულ განხორციელდა 91 ვიზიტი. აქედან, 57 შემთხვევაში ბენეფიციართა რაოდენობა არ აღემატებოდა 32-ს.

⁹⁶ მამომობილის საწვავისა და დაზღვევის, მობილური გუნდის სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის (ექიმი, ექიმის ასისტენტი, რეგისტრატორი, მამოგრაფერი, მძღოლი, IT და ტექნიკური თანამშრომელი) მივლინების, მგზავრობის და სასტუმროს ხარჯები, რომელსაც თავის თავზე იღებს მამომობილის გამგზავნი დაწესებულება.



ცხრილი 8. მამომობილების დატვირთვა, დღეების რაოდენობა

	2019	2020	2021
სკრინინგცენტრი	20	58	49
ცენტრი „ჰერა“	51	16	0
ფონდი „ჰიპოკრატე“ ⁹⁷	n/a	20	n/a

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მამომობილები წლის განმავლობაში სრულად არ არიან დატვირთული სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. კარგი პრაქტიკის თანახმად, მამომობილის ვიზიტების ოპტიმალურად დაგეგმვის შემთხვევაში, შესაძლებელია წლის განმავლობაში, დაახლოებით, 150 დღე დაეთმოს ვიზიტებს.⁹⁸

2018-2021 წლებში მამომობილებს გასვლითი ვიზიტი არ ჰქონიათ მიმწოდებლის არმქონე 17 მუნიციპალიტეტში, რომლის სამიზნე მოსახლეობა 2021 წლის მონაცემებით იყო 75 231 ადამიანი.⁹⁹ სკრინინგცენტრის განცხადებით, ზოგიერთ შემთხვევაში მუნიციპალიტეტებში მომსახურების არ მიწოდების მიზეზია მოსახლეობის მობილიზების გამოწვევები. შესაბამისად, აღნიშნული გამოწვევის დაძლევის შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება როგორც ახალი მუნიციპალიტეტების ათვისება, ასევე მაღალი დატვირთვის მქონე მუნიციპალიტეტებში განმეორებითი ვიზიტების დაგეგმვა.¹⁰⁰

ცხრილი 9. სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა მიმწოდებლის არმქონე 17 მუნიციპალიტეტში, სადაც მამომობილის ვიზიტი არ განხორციელებულა

სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა	მუნიციპალიტეტების რაოდენობა
>5 000	6
2 000-5 000	4
1 000-2 000	3
<1 000	4

მამომობილებს აქვთ შესაძლებლობა მომსახურება გაუწიონ, დაახლოებით, 60 ბენეფიციარს დღეში (იხ. გრაფიკი 10), ასევე მეტი დღეებით დატვირთვის შემთხვევაში ვიზიტები განახორციელონ მეტ მუნიციპალიტეტში (იხ. ცხრილი 8). აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია მოსახლეობის მობილიზაციის ღონისძიებების გააქტიურებით, რისთვისაც მნიშვნელოვანია ვალდებულებების უკეთ განსაზღვრა და სათანადო კოორდინაცია NCDC-ს, სკრინინგცენტრს, სოფლის ექიმებსა და სკრინინგცენტრის პარტნიორ ამბულატორიებს შორის.

შესწავლის შედეგად გაუმჯობესების პოტენციური გამოვლინდა შემდეგი მიმართულებებით:

მამომობილის ვიზიტამდე არ ხდება კოორდინაცია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის განახორციელებელ დაწესებულებასთან,¹⁰¹ რათა დავალოთ მამომობილის ვიზიტამდე მოსახლეობის მობილიზების უზრუნველყოფა. NCDC მამომობილის ვიზიტამდე უკავშირდება

⁹⁷ „ჰიპოკრატე“ მიმწოდებელი იყო მხოლოდ 2020 წელს.

⁹⁸ Carkaci, S., Geiser, W. R., Adrada, B. E., Marquez, C., & Whitman, G. J. (2013). How to establish a cost-effective mobile mammography program.

⁹⁹ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ბენეფიციარი სკრინინგპროგრამების სამიზნე მოსახლეობა.

¹⁰⁰ მამომობილის მქონე დაწესებულებებს არ აქვთ ვალდებულება, მოიცვან ყველა მუნიციპალიტეტი, სადაც არ არის სერვისის მიმწოდებელი და მათ მიერ დამოუკიდებლად იგეგმება ვიზიტები.

¹⁰¹ ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო პოლიტექნიკი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს მოსახლეობაში ინფორმაციის გასავრცელებლად, რომელიც, თავის მხრივ, აღნიშნულ საკითხს ატყობინებს სოფლის ექიმებს. თუმცა კომუნიკაციის ეს ფორმა შესაძლოა ნაკლებ ეფექტიანი იყოს, რადგან სოფლის ექიმები არ ექვემდებარებიან სჭვებს. ამავდროულად ადასტურებს გამოკითხვის შედეგები, რომლის მიხედვით, სოფლის ექიმების მხოლოდ 23%-ია ჩართული მამომობილის ვიზიტის დროს მოსახლეობის მობილიზების პროცესში.¹⁰²

გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ მამომობილის პარტნიორ ამბულატორიებს,¹⁰³ რომელთაც ევალუბათ მოსახლეობის მობილიზებაზე ზრუნვა, სამიზნე მოსახლეობის მოწვევების განსხვავებული პრაქტიკა აქვთ.¹⁰⁴ მათთვის არ არის განსაზღვრული სამიზნე მოსახლეობის ის მინიმალური რაოდენობა, რომელთა მოწვევაც უნდა განხორციელდეს მამომობილის ვიზიტამდე. შედეგად, მათ ღონისძიებებს ნაკლები გავლენა აქვს სკრინინგში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობაზე.

სოფლის ექიმებსა და სკრინინგცენტრის პარტნიორ ამბულატორიას არ აქვთ ვალდებულება, განახორციელონ სკრინინგის მსურველთა შესახებ სიების წარმოება წლის განმავლობაში იმისათვის, რომ სკრინინგის მსურველი მოსახლეობის რაოდენობის სასურველი ნიშნულის მიღწევის შემთხვევაში, მიაწოდონ ინფორმაცია NCDC-ს და მამომობილის მექანე დაწესებულებას. გეგმიური მამომობილის მექანე დაწესებულებას რესურსის ოპტიმალურად გამოყენების საშუალებას მისცემდა.

დასკვნა

კიბოს სკრინინგის ეფექტიანი პროგრამის არსებობა მოითხოვს მულტისექტორულ მიდგომასა და სხვადასხვა დაინტერესებულ უწყებასთან კოორდინაციას, რომლისთვისაც, თავის მხრივ, საჭიროა კოორდინაციის ხელშეწყობის ძლიერი რგოლის არსებობა.

აუდიტის ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ გაუმჯობესებას საჭიროებს კოორდინაცია დაინტერესებულ მხარეებს შორის, სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად.

კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში არ არის განსაზღვრული პროგრამის ეფექტიანად განხორციელებისთვის მნიშვნელოვანი დაინტერესებული მხარეების როლები და ფუნქციები, რის გამოც დაინტერესებული მხარეების დიდი ნაწილი ამ პროცესში არ იღებს მონაწილეობას, ან მათი ჩართულობა მინიმალურია. ამასთანავე, სკრინინგის პროგრამა არ არის ინტეგრირებული სხვა სახელმწიფო პროგრამებთან, რაც ნიშნავს, რომ სკრინინგპროგრამა იზოლირებულად არსებობს და ვერ ხერხდება დაინტერესებული მხარეების თუ სხვა პროგრამების რესურსების გამოყენება პროგრამის ეფექტიანობის გასაზრდელად, კერძოდ:

¹⁰² გაანალიზებულია იმ მუნიციპალიტეტების სოფლის ექიმების პასუხები, სადაც მამომობილი იმყოფებოდა 2018-2021 წლებში.

¹⁰³ სამედიცინო დაწესებულება, რომლის ბაზაზეც ჩადის მამომობილი და ატარებს კვლევებს.

¹⁰⁴ პარტნიორი ამბულატორია ოპერირებს იმ მუნიციპალიტეტში, სადაც დაგეგმილია მამომობილით ვიზიტი. მობილიზების პროცესში დაწესებულებები რთავენ ჩამოთვლილთაგან ნაწილს: სკოლების რესურსცენტრებს, ბაღების გაერთიანებას, მერიას, მერის რწმუნებულებს, საკრებულოს ან სოფლის ექიმებს. დაწესებულებების ნახევარი არ ახორციელებს ზარებს სამიზნე მოსახლეობასთან, ხოლო ამბულატორიები, სადაც ეს პრაქტიკა დაფიქსირდა, რეკავენ სამიზნე მოსახლეობის მცირე ნაწილთან.



პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის სკრინინგპროგრამებთან დაკავშირებული შესაბამისი ფუნქციების გაწერის გარეშე და არასაკმარისი კოორდინაციის გამო, ვერ ხერხდება ოჯახის/სოფლის ექიმების უფრო მეტად გააქტიურება კიბოს სკრინინგის შესახებ ცნობიერების გაზრდისა და პაციენტების რეფერირების მიმართულებით.

მიუხედავად NCDC-ის კომუნიკაციისა მუნიციპალიტეტებსა და სჯც-ებთან, მათი მონაწილეობა სკრინინგის პროგრამების ხელშეწყობაში მაინც დაბალია. არაკოორდინირებული მუშაობა ხელს უშლის ადგილობრივი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული თავისებურებების გათვალისწინებით განხორციელდეს კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცნობიერების ამაღლების კამპანიები და დაიგეგმოს ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ბარიერის შემამსუბუქებელი აქტივობები.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მოსაზრებით, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის, მუნიციპალიტეტებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის შესაბამისი ფუნქციების გაწერით და მათთან სათანადო კოორდინაციით, შესაძლებელია მოცვის მაჩვენებლის გაუმჯობესება.

ჩაკომენდაცია

სამინისტრომ NCDC-თან ერთად

- კიბოს სკრინინგპროგრამის სხვა პროგრამებთან ინტეგრაციისა და დაინტერესებული მხარეების რესურსების პროდუქტიულად გამოყენების მიზნით, ხელი შეუწყოს კოორდინაციის პროცესის გაუმჯობესებას, რისთვისაც მნიშვნელოვანია:
 - შეიმუშაოს დაინტერესებული მხარეების (მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების) პოტენციური როლებისა და ფუნქციების ამსახველი სქემა/გზამკვლევი, რომელიც სახელმძღვანელო იქნება მათთან სამომავლო კოორდინაციისათვის;
 - გაწეროს მათთან კოორდინაციის ფორმა, პერიოდულობა, მიზანი და კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი პირები;
 - შეიმუშაოს დაინტერესებული მხარეების მიერ განხორციელებულ აქტივობებზე ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზისა და შესაბამისი უკუკავშირის/რეაგირების მექანიზმი.



ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 1997 წელი;

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, 2007 წელი;

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 28 დეკემბრის №592 დადგენილება „2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის №693 დადგენილება „2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის №674 დადგენილება „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის №828 დადგენილება „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის №4 დადგენილება „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 30 დეკემბრის №609 დადგენილება „2023 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 11 იანვრის №2 დადგენილება „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 20 ივლისის №01-163/ო ბრძანება „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურების ფუნქციონირების შესახებ“;

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2021 წლის 23 მარტის №01-22/ნ ბრძანება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურული ერთეულების დებულებების დამტკიცების შესახებ“;

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2018 წლის 31 აგვისტოს №06-142/ო ბრძანება „სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და



საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2018 – 2022 წლების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“;

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2020 წლის 11 აგვისტოს №06-161/ო ბრძანება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის „სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების და რეგიონული მართვის დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“;

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2014 წლის 18 ივნისის №06-111/ო ბრძანება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“;

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს 2017 წლის 26 დეკემბრის №8-22, 2018 წლის 28 დეკემბრის №35-118, 2020 წლის 24 იანვრის №52-10, 2020 წლის 29 დეკემბრის №72-136 დადგენილებები „ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტით გათვალისწინებული ჯანმრთელობის დაცვის ქვეპროგრამების განხორციელების წესების დამტკიცების შესახებ“;

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს 2018 წლის 16 იანვრის №10-13 დადგენილება „ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების საქალაქო სამსახურის დებულების დამტკიცების შესახებ“;

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის მთავრობის 2022 წლის 26 იანვრის №22.76.88 განკარგულება „„ეროვნული სკრინინგ-ცენტრის“ არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიულ პირად (ს/ნ 202442730) დაფუძნების შესახებ“ 2008 წლის 27 თებერვლის №03.37.122 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“.

WHO-ის სახელმძღვანელოები/გაიდილინები:

Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., McKee, M., & World Health Organization. (2020). *Screening: when is it appropriate and how can we get it right?*;

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines: executive summary*;

World Health Organization. (2006). *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Planning*;

World Health Organization. (2007). *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection*;

World Health Organization. (2008). *Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes. Policy and Advocacy*;



World Health Organization. (2014). *Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability*. OECD Publishing;

World Health Organization. (2018). *Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration*;

World Health Organization. (2020). *Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm*;

World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*;

World Health Organization. (2022). *A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm*;

World Health Organization. (2017)*. *Guide to cancer early diagnosis*;

სხვა სახელმძვანელოები/პუბლიკაციები/გზამკვლევები/პრეწები:

Altobelli, E., & Lattanzi, A. (2014). *Breast cancer in European Union: an update of screening programmes as of March 2014*;

Bringedal, B., Fretheim, A., Nilsen, S., & Rø, K. I. (2019). *Do you recommend cancer screening to your patients? A cross-sectional study of Norwegian doctors*;

Browder, C., Eberth, J. M., Schooley, B., & Porter, N. R. (2015). *Mobile mammography: An evaluation of organizational, process, and information systems challenges*;

Carkaci, S., Geiser, W. R., Adrada, B. E., Marquez, C., & Whitman, G. J. (2013). *How to establish a cost-effective mobile mammography program*;

Chikovani, I., Sulaberidze, L., & Tsuladze, A. (2020). *Effects of Pay for Performance on utilization and quality of care among Primary Health Care providers (in private settings) in Middle and High-Income countries*;

Duffy SW, Myles JP, Maroni R, Mohammad A. (2017). *Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services*;

Emery, J., Trevena, L., Mazza, D., Fallon-Ferguson, J., Shaw, K., Williams, B., & Varlow, M. (2012). *The role of primary and communitybased healthcare professionals in early detection and follow-up in cancer care—a rapid review of best practice models: an evidence check rapid review brokered by the Sax Institute*;

Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J., & Colombo, F. (2016). *Primary care review of Denmark*;



Gianino, M.M., Lenzi, J., Bonaudo, M. et al. (2018). *Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates*;

Greene, J. (2013). *An Examination of Pay for Performance in General Practice in Australia*;

Guillaume, E., Rollet, Q., Launay, L. et al. (2022). *Evaluation of a mobile mammography unit. Concepts and randomized cluster trial protocol of a population health intervention research to reduce breast cancer screening inequalities*.

Hewitson, P., Ward, A. M., Heneghan, C., Halloran, S. P., & Mant, D. (2011). *Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomised trial*;

International Agency for Research on Cancer. (2002). *Handbooks of Cancer Screening, Breast Cancer Screening (Vol. 7)*;

Jensen, L.F., Mukai, T.O., Andersen, B. et al. *The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation*;

Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). *The Netherlands: health system review*;

Kurtinaitienė R, Rimienė J, Labanauskaitė I, Lipunova N, Smailytė G. (2016). *Increasing attendance in a cervical cancer screening programme by personal invitation: experience of a Lithuanian primary health care centre*;

Manchester Health & Care Commissioning. (2018). *Community Engagement Research Project*;

Plackett R, Kaushal A, Kassianos AP, Cross A, Lewins D, Sheringham J, Waller J, von Wagner C. (2020). *Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review*;

Wilson, A., Windak, A., Oleszczyk, M., Wilm, S., Hasvold, T., & Kringos, D. (2015). The delivery of primary care services. In *Building primary care in a changing Europe*;

Young, B., Bedford, L., Kendrick, D., Vedhara, K., Robertson, J. F. R., & das Nair, R. (2018). *Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK: a meta-ethnography of qualitative research*;

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის გზამკვლევი 2022-2025.

შეგვეჩვენებთ:

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებგვერდი: www.geostat.ge

World Cancer Research Fund-ის ვებგვერდი: www.wcrf.org

NCDC-ის ვებგვერდი: www.ncdc.ge

სამინისტროს ვებგვერდი: www.moh.gov.ge



აუდიტორი

ნინო ლაგვილავა
წამყვანი აუდიტორი

მარიამ მაჩიტაძე
უფროსი აუდიტორ-ასისტენტი

ნიკოლოზ გულიკაშვილი
აუდიტორ-ასისტენტი

ხელმოწერა

ნ. ლაგვილავა

მ. მაჩიტაძე

ნ. გულიკაშვილი



დანართი

დანართი 1. სწოებიერების ამაღლების კამპანიების ძირითადი კომპონენტები

კარგი პრაქტიკა	მაგალითები
კამპანია იგეგმება იქ, სადაც ჩართულობა ნაკლებია.	ბრიტანეთის ზოგიერთ რეგიონში, განსაკუთრებით ჩრდილო-დასავლეთში, ნაწლავის კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი 40%-მდეა. სწორედ ამ მიზეზის გამო, ჩრდილო-დასავლეთი აირჩიეს საპილოტე კამპანიის განხორციელების ადგილად. ¹⁰⁵
კამპანიის ფარგლებში ფოკუსირება ხდება კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებზე.	ავსტრალიაში, ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებები მიმართულია 50-დან 59 წლამდე ასაკის მამაკაცებზე, რეგიონებში მცხოვრებ ადამიანებზე, აბორიგენებსა და ტორესის სრუტის კუნძულებზე, კულტურულად და ენობრივად განსხვავებულ თემებზე. ¹⁰⁶ ბრიტანეთში კამპანია ფოკუსირებული იყო დაბალშემოსავლიან ჯგუფებზე, განსაკუთრებით მამაკაცებზე. ¹⁰⁷
კამპანია მოიცავს აქტივობების ერთობლიობას და გრძელდება განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში.	არაბთა გაერთიანებულ საამიროებში კამპანია „სკრინინგი დღეს, არა ხვალ“ – 2019 წელს დაიწყო და 2021 წელს დასრულდა. ¹⁰⁸ ავსტრალიის კამპანია „საჩუქარი ცხოვრებისთვის“ – 2015-2016 წლებში ორ ეტაპად მიმდინარეობდა. ¹⁰⁹ ბრიტანეთის კამპანია მოიცავდა: ტელევიზიით რეკლამირებას, პოსტერებს ავტობუსის გაჩერებებზე, რეკლამებს გაზეთებში და ფეისბუქზე 12 კვირის განმავლობაში, ასევე დაიგზავნა პირდაპირი შედეგების ორი ვერსია. ¹¹⁰
კამპანიების დაწყებამდე ხორციელდება საპილოტე ღონისძიებები, რომელთა შედეგებზე დაყრდნობითაც იგეგმება მომდევნო წლისთვის სრული კამპანია.	ბრიტანეთში არსებული ნაწლავის კიბოს ცნობიერების ამაღლების საპილოტე პროექტები მოქმედებდა ლონდონში, უელსში, ინგლისის ჩრდილო-დასავლეთში სხვადასხვა წლებში. ამ აქტივობების შედეგად მიღებული ინფორმაციით დაიგეგმა 2018 წლის კამპანიები.

¹⁰⁵ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england>

¹⁰⁶ Australian Government. National Bowel Cancer Screening Program awareness campaign. <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/promoting-cancer-screenings-to-improve-early-detection-rates>

¹⁰⁷ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england>

¹⁰⁸ Scan Today, Not Tomorrow, Ministry of health and prevention, United Nations. <https://sdgs.un.org/partnerships/scan-today-not-tomorrow>

¹⁰⁹ Australian Government. National Bowel Cancer Screening Program – Campaign evaluation 2016. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-bowel-cancer-screening-program-campaign-evaluation-2016>

¹¹⁰ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england>



კამპანიის ფარგლებში შერჩეულია ძირითადი გზავნილები.	ბრიტანეთის კამპანიის მთავარი გზავნილი საზოგადოებისთვის იყო: „ამ პატარა კომპლექტმა შეიძლება გადაარჩინოს თქვენი სიცოცხლე“. სხვა საკვანძო შეტყობინებები მოიცავდა: • თუ 60-74 წლის ხართ, ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ გამოგიგზავნით ნაწლავის სკრინინგის კომპლექტს; • ის განკუთვნილია სიმპტომების არმქონე ადამიანებისთვის; • მას შეუძლია ნაწლავის კიბოს ადრეული გამოვლენა, როცა მისი წარმატებით მკურნალობა უფრო ადვილია; • ნუ უგულებელყოფთ მას, გაიარეთ ტესტი. იყავით გათვითცნობიერებული კიბოს შესახებ.¹¹¹
ცნობიერების კამპანიების დასრულების შემდგომ, ხორციელდება შედეგების ანალიზი და ანგარიშგება.	ავსტრალიაში ნაწლავის კიბოს ეროვნული სკრინინგის კამპანიის შეფასების ანგარიში აფასებს ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამის 2016 წლის კამპანიის – „საჩუქარი ცხოვრებისთვის“ ეფექტიანობას.¹¹² ბრიტანეთის კამპანიის გავლენა მოცვის მაჩვენებელზე შეფასდა სხვადასხვა ჯრილში, მათ შორის, ასაკის, სქესის, კამპანიის ადგილის და სხვა მახასიათებელთა მიხედვით. ასევე გაანალიზდა კამპანიის შედეგები: სკრინინგის შედეგად გამოვლენილი კიბოს შემთხვევების რაოდენობა და ჯამურად ნაწლავის კიბოს დადასტურებული დიაგნოზების რაოდენობა.¹¹³

¹¹¹ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england>

¹¹² Australian Government. National Bowel Cancer Screening Program – Campaign evaluation 2016. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-bowel-cancer-screening-program-campaign-evaluation-2016>

¹¹³ Cancer Research UK. Bowel cancer screening campaign: England. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/be-clear-on-cancer/bowel-screening-campaign-england>



დანართი 2. სკრინინგის პროგრამების შესახებ ცნობიერების გაუმჯობესებისა და სტიგმის შემცირების ინსტრუმენტები¹¹⁴

მასობრივი მედია

- მასმედია არის მნიშვნელოვანი პლატფორმა ცნობიერების ამაღლებისთვის, თუმცა შეტყობინებების გაგზავნის სტრატეგიები საგულდაგულოდ უნდა იყოს შემუშავებული და დატესტილი, რათა მიაღწიოს ყველაზე მეტად საჭიროების მქონე მოსახლეობასთან. მასმედია ეფექტიანია მხოლოდ მაშინ, როდესაც ისინი მრავალკომპონენტური ინტერვენციის ნაწილია.

მცირე მედია

- საინფორმაციო ან სამოტივაციო შეტყობინებები, რომლებიც მიეწოდება ინდივიდებს ბროშურების, ბუკლეტების, საინფორმაციო ბიულეტენების, წერილების, მოკლეტექსტური შეტყობინების (SMS) მეშვეობით.

სოციალური მედია

- ბოლო დროს საკმაოდ აქტიურად გამოიყენება სოციალური მედია, რადგან ის უზრუნველყოფს შეტყობინებების სწრაფად გავრცელებას - დაბალ ფასად, ადამიანთა დიდი რაოდენობისთვის, დიდ გეოგრაფიულ არეალში. თუმცა ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ინფორმაცია ვერ აღწევს ციფრულ ტექნოლოგიებზე ცუდი წვდომის მქონე ადამიანებთან, რომლებსაც ასევე შეიძლება ჰქონდეთ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღების ყველაზე დიდი საჭიროება. შესაბამისად, მათთან საჭიროა დამატებით სხვა ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება.

კიბოსგან განკურნებული ადამიანების ისტორიები

- კიბოსგან განკურნებულები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სტიგმის შემცირებასა და საზოგადოების ინფორმირებულობაში იმასთან დაკავშირებით, რომ კიბო შეიძლება იყოს განკურნებადი დაავადება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს და სამოქალაქო საზოგადოებას შეუძლიათ ხელი შეუწყონ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაუმჯობესებას ადგილობრივ ჯანდაცვის ცენტრებში.

პირდაპირი დისკუსიები

- ცნობიერების ამაღლების წარმატებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოების განათლებასა და ჩართულობის გაუმჯობესებას პირისპირი დისკუსიების საშუალებით. საზოგადოების ჩართულობა უმჯობესდება ადგილობრივ ორგანიზაციებთან, საზოგადოებრივ ცენტრებთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებთან ერთად განხორციელებული აქტივობებით.

¹¹⁴ World Health Organization. (2017). Guide to cancer early diagnosis; World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all; Plackett R, Kaushal A, Kassianos AP, Cross A, Lewins D, Sheringham J, Waller J, von Wagner C. (2020). Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review; Manchester Health & Care Commissioning. (2018). Community Engagement Research Project.



დანართი 3. 2018-2019 წლებში საქართველოში მიმდინარე კამპანიისას განხორციელებული ღონისძიებები

2018 წელს განხორციელებული ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებები ბიუჯეტი 84 512.0 ლარი	2019 წელს განხორციელებული ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებები ბიუჯეტი 94 900.0 ლარი
• სარეკლამო რგოლების მომზადება და ადგილობრივ ტელევიზიებსა და რადიოში გაშვება; • პროგრამის შესახებ ბანერების დამზადება და ავტობუსის გაჩერებებზე, კლინიკებში გაკვრა; • Facebook-ზე პროგრამის შესახებ პოსტების დამზადება და განთავსება; • მოკლეტექსტური შეტყობინებების გაგზავნა მოსახლეობასთან.	• ბათუმისა და გორის სხვადასხვა ლოკაციაზე ბუკლეტების გავრცელება მოსახლეობაში; • საინფორმაციო სიუჟეტი/ სტატიები (ტელევიზია, რადიო, საიტი); • სარეკლამო რგოლის შემუშავება და გაშვება; • კიბოს სკრინინგი - Cancer Screening - Facebook გვერდის შექმნა და კამპანიის - „აღმოაჩინე დროულად“ წარმოწყობა; • ოჯახის ექიმების ტრენინგები; • დაინტერესებულ მხარეებთან შეხვედრების გამართვა (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები, სათემო ორგანიზაციები, სკრინინგში ჩართული არასამთავრობო ორგანიზაციები, სამედიცინო დაწესებულებები, სკრინინგის განმახორციელებელი კლინიკები, მედიასემინარი).



