УДК 616-083.98:614.253.1/.2:303.621.33:616-006
DOI https://doi.org/10.32782/2077-6594/2026.3/24

Машкевич О. Г., Вежновець Т. А.

Особливості клінічного прийняття рішень лікарями первинної медичної допомоги залежно від використання анкет оцінки ризику онкологічних захворювань

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Mashkevych O. H., Vezhnovets T. A.

Clinical Decision-Making Differences Between Primary Care Physicians Using and Not Using Cancer Risk Assessment Questionnaires

Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

mashkevycho.moh@gmail.com

Вступ

Клінічне прийняття рішень у практиці лікаря первинної медичної допомоги є складним процесом, що включає аналіз симптомів, оцінку факторів ризику та визначення подальшої діагностичної і лікувальної тактики. Особливо складними такі рішення є у випадках підозри на онкологічні захворювання, оскільки ранні прояви раку часто мають неспецифічний характер і можуть імітувати поширені доброякісні стани [1].

Первинна медична допомога відіграє ключову роль у системі раннього виявлення онкологічних захворювань, оскільки саме лікарі загальної практики – сімейні лікарі найчастіше першими контактують із пацієнтами, які мають початкові симптоми можливого онкологічного захворювання [2]. Дослідження свідчать, що своєчасна оцінка факторів ризику та раннє направлення пацієнтів до спеціалізованої допомоги можуть значно покращити результати лікування і виживаність пацієнтів [3].

Однією з важливих особливостей клінічного мислення лікарів первинної ланки є поєднання доказових клінічних рекомендацій з індивідуальним клінічним досвідом та інтуїтивним професійним судженням. У міжнародних дослідженнях описано феномен так званого *gut feeling* лікаря, який може відігравати важливу роль у ранньому виявленні онкологічних захворювань у первинній медичній допомозі [4]. Водночас значна роль суб'єктивних чинників може призводити до відмінностей у клінічних рішеннях між лікарями.

У зв'язку з цим дедалі більшого значення набувають структуровані інструменти підтримки клінічних рішень, зокрема інструменти оцінки ризику онкологічних захворювань. До таких інструментів належать стандартизовані анкети та алгоритми оцінки факторів ризику, які дозволяють систематизувати інформацію про симптоми, сімейний анамнез, поведінкові та соціальні фактори ризику [5]. Використання таких інструментів може підвищувати об'єктивність клінічної оцінки та сприяти більш системному підходу до діагностичного процесу.

Дослідження показують, що впровадження інструментів підтримки клінічних рішень у первинній медичній допомозі може впливати на поведінку лікарів, зокрема підвищувати частоту призначення діагностичних досліджень та профілактичних обстежень [6]. Разом із тим рівень використання таких інструментів у повсякденній клінічній практиці може суттєво відрізнятися між лікарями.

Українські дослідження також підкреслюють важливу роль лікарів первинної медичної допомоги у профілактиці та ранньому виявленні онкологічних захворювань. Зокрема, наголошується на важливості систематичного збору інформації про фактори ризику, сімейний анамнез і поведінкові чинники, що дозволяє більш ефективно формувати групи підвищеного ризику серед пацієнтів [7]. Інші дослідження вказують, що використання стандартизованих підходів до оцінки факторів ризику сприяє підвищенню якості профілактичної роботи лікарів первинної медичної допомоги [8; 9].

Попри значну кількість досліджень, присвячених ранній діагностиці раку, питання використання лікарями первинної медичної допомоги структурованих інструментів оцінки факторів ризику залишається не досить вивченим. Зокрема, не досить досліджено можливі відмінності у клінічному прийнятті рішень між лікарями, які використовують анкетування щодо ризику онкологічних захворювань, та лікарями, які не застосовують такі інструменти у своїй практиці.

Вивчення цих відмінностей може сприяти кращому розумінню ролі структурованих інструментів оцінки ризику у формуванні клінічних рішень та підвищенні ефективності профілактики і раннього виявлення онкологічних захворювань у первинній медичній допомозі.

Мета дослідження полягала у визначенні відмінностей у клінічних підходах і прийнятті рішень лікарями первинної медичної допомоги залежно від використання анкетування пацієнтів щодо факторів ризику онкологічних захворювань.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Дослідження мало поперечний аналітичний дизайн (*cross-sectional study*) та було спрямоване на вивчення особливостей клінічного прийняття рішень лікарями первинної медичної допомоги залежно від використання анкетування пацієнтів щодо факторів ризику онкологічних захворювань.

У дослідженні взяли участь 311 лікарів загальної практики – сімейної медицини, які надають первинну медичну допомогу населенню. Участь у дослідженні була добровільною та анонімною. Збір даних проводився за допомогою структурованої онлайн-анкети.

Залежно від відповіді на питання щодо використання анкетування для оцінки факторів ризику онкологічних захворювань респондентів було розподілено на дві групи: група 1 – лікарі, які не проводять анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань (n=75); група 2 – лікарі, які проводять анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань (n=236).

Анкета включала декілька тематичних блоків: соціально-професійні характеристики лікарів (місце розташування медичної практики: місто з населенням понад 300 тис.; місто з населенням до 300 тис.; селище; стаж роботи лікаря ЗПСЛ: ≤5 років, 6–10 років, 11–20 років, >20 років; кількість декларацій із пацієнтами: ≤1000; 1001–2000); професійні фактори лікарів, які могли впливати на клінічні рішення (рівень професійного виснаження: постійно, часто, іноді; робота в одному або декількох закладах охорони здоров'я; задоволеність професійною діяльністю); клінічні симптоми, з якими найчастіше звертаються пацієнти, у яких запідозрено онкологічне захворювання (невмотивована втрата маси тіла; швидка втомлюваність; порушення роботи шлунково-кишкового тракту; порушення сечовиділення; наявність ущільнення або новоутворення; біль неясного генезу; інші симптоми); фактори ризику розвитку онкологічних захворювань у пацієнтів (обтяжений сімейний анамнез; соціальні фактори – тривалий стрес, домашнє або сексуальне насильство, небезпечні умови праці; поведінкові фактори – куріння, вживання алкоголю, низька фізична активність, харчові звички).

Лікарі також повідомляли про обстеження, які вони найчастіше призначають пацієнтам із факторами ризику або підозрою на онкопатологію (мамографія; колоноскопія; тест на приховану кров у калі; ПАП-тест; ультразвукове дослідження; визначення рівня простат-специфічного антигену (ПСА); визначення онкомаркерів).

Статистичний аналіз проводили з використанням програмного пакета MedCalc® Statistical Software (version 22.009). Результати представлені у вигляді абсолютних значень (n) та відсотків (%). Для порівняння показників між двома групами лікарів використовували критерій χ^2 (хи-квадрат) або точний критерій Фішера у випадках малих очікуваних частот. Рівень статистичної значущості приймали при $p<0,05$.

Дослідження проведено з дотриманням основних принципів біоетики та біобезпеки відповідно до положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2013), Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), а також чинних нормативних документів України щодо проведення біомедичних досліджень. Усі учасники дослідження були поінформовані про мету та умови його проведення і надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. Отримані результати, які були використані у дослідженні, не підлягають біомедичній експертизі.

Результати дослідження

Порівняння соціально-професійних характеристик двох груп лікарів показало, що місце розташування медичної практики не мало статистично значущого зв'язку з проведенням анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань (p=0,621) (табл. 1). Серед лікарів, які не проводять анкетування, 21,3% працювали у містах із населенням понад 300 тис. осіб, 52,0% – у містах із населенням до 300 тис., а 26,7% – у селищах. У групі лікарів, які проводять анкетування, відповідні показники становили 19,9%, 58,1% та 22,0%.

Водночас стаж роботи лікаря продемонстрував статистично значущий зв'язок із проведенням анкетування (p=0,007). Серед лікарів, які проводять

Таблиця 1

Порівняння результатів відповідей двох груп респондентів щодо проведення анкетування стосовно факторів ризику онкологічних захворювань залежно від соціально-професійних характеристик

Фактор	Категорія	Не проводжу (n=75)	Проводжу (n=236)	p-value
Місце розташування практики	>300 тис.	16 (21,3)	47 (19,9)	0,621
	≤300 тис.	39 (52,0)	137 (58,1)	
	Селище	20 (26,7)	52 (22,0)	
Стаж роботи	≤5 років	17 (22,7)	33 (14,0)	0.007
	6–10 років	17 (22,7)	50 (21,2)	
	11–20 років	25 (33,3)	53 (22,5)	
	>20 років	16 (21,3)	100 (42,4)	
Кількість декларацій	≤1000	16 (21,3)	36 (15,3)	0,219
	1001–2000	59 (78,7)	200 (84,7)	

анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань, частіше відзначався стаж роботи понад 20 років (42,4%), тоді як серед лікарів, які не проводять анкетування, цей показник становив 21,3%.

Кількість декларацій із пацієнтами не продемонструвала статистично значущого зв'язку з проведенням анкетування (p=0,219). У групі лікарів, які не проводять анкетування, 21,3% мали до 1000 декларацій, тоді як 78,7% – від 1001 до 2000 декларацій. У групі лікарів, які проводять анкетування, ці показники становили 15,3% та 84,7% відповідно.

Аналіз клінічних симптомів, які можуть викликати підозру на онкологічне захворювання, показав, що більшість симптомів не мали статистично значущого зв'язку з проведенням анкетування (табл. 2). Зокрема, втрата маси тіла (p=0,775), швидка втомлюваність (p=0,680), наявність ущільнення (p>0,999), біль неясного генезу (p=0,287) та інші симптоми (p=0,591) не продемонстрували статистично значущих відмінностей між групами.

Водночас було встановлено статистично значущий зв'язок між проведенням анкетування та наявністю окремих клінічних проявів. Зокрема, порушення роботи шлунково-кишкового тракту частіше відзначали лікарі, які проводять анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань (67,4% проти 48,0%; p=0,004). Аналогічна тенденція спостерігалася щодо порушень сечовиділення (65,3% проти 48,0%; p=0,010).

Обтяжений сімейний анамнез щодо онкологічних захворювань також статистично значуще частіше відзначався серед лікарів, які проводять анкетування (90,3%), порівняно з групою лікарів, які не проводять анкетування (77,3%; p=0,006).

Аналіз соціально-психологічних факторів не виявив статистично значущого зв'язку між проведенням анкетування та такими чинниками, як тривалий стрес (p=0,366), надмірна маса тіла (p=0,333), небезпечні умови праці (p=0,893), низька фізична активність (p=0,613), куріння (p>0,999), вживання алкоголю (p=0,639) та надмірне споживання червоного м'яса (p>0,999) (табл. 3). Водночас спостерігалася тенденція до більш частого виявлення домашнього або сексуального насильства серед лікарів, які проводять анкетування (12,7% проти 5,3%; p=0,089), хоча цей зв'язок не досяг статистичної значущості.

Аналіз призначення скринінгових та діагностичних обстежень показав, що більшість із них не мали статистично значущого зв'язку з проведенням анкетування (табл. 4). Зокрема, призначення мамографії (p=0,455), колоноскопії (p=0,381), ПАП-тесту (p=0,113), ультразвукового дослідження (p=0,199) та ПСА-тесту (p=0,759) не відрізнялося між групами.

Водночас статистично значущий зв'язок було встановлено для тесту на приховану кров у калі. Лікарі, які проводять анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань, частіше призначали це дослідження (68,6% проти 54,7%; p=0,036).

Також було встановлено статистично значущий зв'язок між проведенням анкетування та призначенням аналізів на визначення онкомаркерів (p=0,042). Серед лікарів, які проводять анкетування, онкомаркери призначали 26,7% респондентів, тоді як серед лікарів, які не проводять анкетування, цей показник становив 14,7%.

Порівняння професійних факторів лікарів не виявило статистично значущих відмінностей між групами (табл. 5).

Зокрема, рівень емоційного або професійного виснаження (p=0,196), робота лише в одному медичному закладі (p=0,236) та задоволеність професійною діяльністю (p=0,124) не були статистично пов'язані з проведенням анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань.

Обговорення результатів дослідження

Клінічне мислення лікаря первинної медичної допомоги формується під впливом як об'єктивних

Таблиця 2

Порівняння результатів відповідей двох груп респондентів щодо проведення анкетування стосовно факторів ризику онкологічних захворювань залежно від клінічних симптомів у пацієнтів

Фактор	Категорія	Не проводжу (n=75)	Проводжу (n=236)	p-value
Втрата ваги	Ні	22 (29,3)	75 (31,8)	0,775
	Так	53 (70,7)	161 (68,2)	
Швидка втомлюваність	Ні	29 (38,7)	84 (35,7)	0,680
	Так	46 (61,3)	151 (64,3)	
Порушення роботи ШКТ	Ні	39 (52,0)	77 (32,6)	0,004
	Так	36 (48,0)	159 (67,4)	
Порушення сечовиділення	Ні	39 (52,0)	82 (34,7)	0,010
	Так	36 (48,0)	154 (65,3)	
Наявність ущільнення	Ні	31 (41,3)	99 (41,9)	>0,999
	Так	44 (58,7)	137 (58,1)	
Біль неясного генезу	Ні	38 (51,4)	104 (44,1)	0,287
	Так	36 (48,6)	132 (55,9)	
Інші симптоми	Ні	43 (57,3)	143 (60,9)	0,591
	Так	32 (42,7)	92 (39,1)	

Таблиця 3

Порівняння результатів відповідей двох груп респондентів щодо проведення анкетування стосовно факторів ризику онкологічних захворювань залежно від факторів ризику у пацієнтів

Фактор	Категорія	Не проводжу (n=75)	Проводжу (n=236)	p-value
Обтяжений сімейний анамнез	Ні	17 (22,7)	23 (9,7)	0,006
	Так	58 (77,3)	213 (90,3)	
Тривалий стрес	Ні	9 (12,0)	20 (8,5)	0,366
	Так	66 (88,0)	216 (91,5)	
Надмірна вага	Ні	19 (25,3)	47 (19,9)	0,333
	Так	56 (74,7)	189 (80,1)	
Домашнє / сексуальне насильство	Ні	71 (94,7)	206 (87,3)	0,089
	Так	4 (5,3)	30 (12,7)	
Небезпечні умови праці	Ні	45 (60,0)	137 (58,3)	0,893
	Так	30 (40,0)	98 (41,7)	
Низька фізична активність	Ні	4 (5,3)	19 (8,1)	0,613
	Так	71 (94,7)	217 (91,9)	
Куріння	Ні	2 (2,7)	9 (3,8)	>0,999
	Так	73 (97,3)	227 (96,2)	
Вживання алкоголю	Ні	5 (6,7)	21 (8.9)	0,639
	Так	70 (93,3)	215 (91,1)	
Надмірне споживання червоного м'яса	Ні	15 (20,0)	49 (20,8)	>0,999
	Так	60 (80,0)	187 (79,2)	

Таблиця 4

Порівняння результатів відповідей двох груп респондентів щодо проведення анкетування стосовно факторів ризику онкологічних захворювань залежно від призначення скринінгових та діагностичних обстежень

Фактор	Категорія	Не проводжу (n=75)	Проводжу (n=236)	p-value
Мамографія	Ні	3 (4,0)	6 (2,5)	0,455
	Так	72 (96,0)	230 (97,5)	
Колоноскопія	Ні	25 (33,3)	65 (27,5)	0,381
	Так	50 (66,7)	171 (72,5)	
Тест на приховану кров у калі	Ні	34 (45,3)	74 (31,4)	0,036
	Так	41 (54,7)	162 (68,6)	
ПАП-тест	Ні	42 (56,0)	107 (45,3)	0,113
	Так	33 (44,0)	129 (54,7)	
УЗД	Ні	12 (16,0)	56 (23,7)	0,199
	Так	63 (84,0)	180 (76,3)	
ПСА-тест	Ні	58 (77,3)	177 (75,0)	0,759
	Так	17 (22,7)	59 (25,0)	
Призначення онкомаркерів	Ні	64 (85,3)	173 (73,3)	0,042
	Так	11 (14,7)	63 (26,7)	

Таблиця 5

Порівняння результатів відповідей двох груп респондентів щодо проведення анкетування стосовно факторів ризику онкологічних захворювань залежно від професійних характеристик лікарів

Фактор	Категорія	Не проводжу (n=75)	Проводжу (n=236)	p-value
Професійне виснаження	Постійно	22 (29,3)	84 (35,6)	0,196
	Часто	40 (53,3)	98 (41,5)	
	Іноді	13 (17,3)	54 (22,9)	
Працює в одному ЗОЗ	Так	56 (75,7)	191 (82,3)	0,236
	У кількох	18 (24,3)	41 (17,7)	
Задоволеність роботою	Так	57 (76,0)	198 (83,9)	0,124
	Ні	18 (24,0)	38 (16,1)	

клінічних даних, так і способу організації діагностичного процесу. Одним із інструментів, що потенційно можуть змінювати підходи лікаря до оцінки стану пацієнта, є використання анкет для виявлення факторів ризику онкологічних захворювань. Такі інструменти дозволяють систематизувати інформацію про симптоми, анамнез та поведінкові чинники і можуть впливати на алгоритм клінічного мислення

лікаря. Подібний підхід узгоджується з даними міжнародних оглядів, у яких показано, що інструменти прогнозування та оцінки онкологічного ризику потенційно підвищують послідовність і якість клінічного прийняття рішень у первинній медичній допомозі [5], а також із даними про чинники впровадження клінічних *cancer decision tools* у практиці лікарів загальної практики [10].

Результати проведеного дослідження показали, що лікарі, які застосовують анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань, мають певні відмінності у клінічному підході до оцінки симптомів і факторів ризику порівняно з лікарями, які не використовують такі інструменти. Зазначене може свідчити, що структуроване збирання інформації сприяє системному аналізу клінічної ситуації. Така інтерпретація відповідає сучасним уявленням про те, що в первинній медичній допомозі рішення щодо онкологічної настороженості формується не лише на підставі окремого симптому, а й на основі інтеграції множинних слабких сигналів у єдину клінічну гіпотезу [10; 12].

Зокрема, статистично значущі відмінності були виявлені щодо стажу роботи лікарів. У групі лікарів, які проводять анкетування, частіше були представлені лікарі з більшим професійним стажем (p=0,007). Це може свідчити, що більш досвідчені лікарі схильні використовувати структуровані підходи до оцінки факторів ризику, що є проявом сформованого клінічного мислення та усвідомлення значення системного збору анамнезу. Таке припущення узгоджується з результатами досліджень, у яких показано, що клінічний досвід лікаря та сформована інтуїція можуть посилювати підозру на онкологічний процес і впливати на подальші діагностичні рішення [4; 11].

Аналіз клінічних симптомів також продемонстрував певні відмінності між групами. Зокрема, у групі лікарів, які проводять анкетування, значно частіше враховувалися такі симптоми, як порушення роботи шлунково-кишкового тракту (p=0,004) та порушення сечовиділення (p=0,010). Це може свідчити про більш уважне ставлення до неспецифічних симптомів, які у практиці первинної медичної допомоги часто можуть бути першими проявами онкологічних захворювань. У міжнародній літературі підкреслюється, що саме поєднання неспецифічних симптомів із факторами ризику, а не ізольований симптом часто визначає подальшу тактику лікаря первинної ланки [5; 12].

Важливою особливістю клінічного мислення лікарів, які використовують анкетування, є також системна оцінка факторів ризику. У цьому дослідженні було встановлено статистично значущий зв'язок між проведенням анкетування та врахуванням обтяженого сімейного анамнезу щодо онкологічних захворювань (p=0,006). Це свідчить, що використання структурованих інструментів може сприяти більш ретельному збору анамнезу та ідентифікації пацієнтів групи підвищеного ризику. Подібні висновки відповідають міжнародним даним щодо інструментів оцінки ризику, у яких одним із ключових елементів є саме стандартизований облік анамнестичних і поведінкових чинників [5]. В українському контексті такий підхід також відповідає сучасним підходам до організації раннього виявлення онкопатології на рівні ПМД, де підкреслюється роль періодичного опитування й анамнестичної анкети для виявлення факторів ризику [13; 14].

Крім того, було встановлено певні відмінності у підходах до призначення діагностичних обстежень. Лікарі, які проводять анкетування щодо факторів ризику, частіше призначали тест на приховану кров у калі (p=0,036) та аналізи на визначення онкомаркерів (p=0,042). Це може свідчити про більш активну діагностичну тактику та більшу схильність до використання лабораторних методів для уточнення клінічного діагнозу. У міжнародних дослідженнях також описано, що застосування інструментів прийняття клінічних рішень може змінювати подальшу поведінку лікаря, зокрема щодо ініціювання додаткових тестів, хоча реальний ефект залежить від того, наскільки інструмент інтегрований у повсякденну практику [10; 12].

Водночас для більшості поведінкових та соціальних факторів ризику (куріння, вживання алкоголю, надмірна маса тіла, низька фізична активність) статистично значущих відмінностей між групами лікарів не було встановлено. Це може свідчити, що базова оцінка цих факторів уже є інтегрованою частиною клінічної практики лікарів первинної медичної допомоги незалежно від використання структурованих анкет. Така інтерпретація не суперечить українським підходам до ролі сімейного лікаря, де профілактика, виявлення факторів ризику та робота з групами ризику розглядаються як базові функції первинної ланки [7–9].

Таким чином, отримані результати дозволяють припустити, що використання анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань може впливати на формування більш структурованого клінічного мислення лікаря первинної медичної допомоги. Зокрема, це проявляється у більш системній оцінці анамнезу, уважнішому ставленні до неспецифічних симптомів та більш активному використанні діагностичних обстежень. Впровадження таких інструментів у практику первинної медичної допомоги може сприяти підвищенню ефективності раннього виявлення онкологічних захворювань, що узгоджується як із міжнародними даними щодо інструментів ризику і клінічного судження, так і з українськими нормативними та науковими підходами до ролі ПМД у ранньому виявленні раку [5; 10; 13; 14].

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінку ефективності впровадження стандартизованих інструментів оцінки онкологічного ризику у практику первинної медичної допомоги, а також на вивчення їх впливу на клінічне мислення лікарів, своєчасність направлення пацієнтів до спеціалізованої допомоги

та результати ранньої діагностики онкологічних захворювань. Перспективним є також дослідження ролі цифрових систем підтримки клінічних рішень і освітніх програм для лікарів первинної медичної допомоги у підвищенні ефективності виявлення онкологічної патології.

Це дослідження було проведено в рамках дослідницького проєкту кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Цифрова трансформація охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 0123U102482; 2023–2025).

Висновки

Проведене дослідження показало, що використання лікарями первинної медичної допомоги анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань пов'язане з певними особливостями клінічного мислення та підходів до прийняття діагностичних рішень. Лікарі, які застосовують структуроване анкетування, демонструють системний підхід до збору анамнезу, оцінки неспецифічних клінічних симптомів і факторів ризику, а також частіше використовують окремі діагностичні методи обстеження.

Таким чином, використання структурованих анкет для оцінки факторів ризику онкологічних захворювань у практиці лікаря первинної медичної допомоги може сприяти формуванню системного клінічного мислення, підвищенню онкологічної настороженості та своєчасному виявленню пацієнтів із потенційними ознаками онкологічної патології.

Практичне значення результатів дослідження. Отримані результати можуть бути використані для удосконалення організації раннього виявлення онкологічних захворювань у системі первинної медичної допомоги. Використання структурованих анкет для оцінки факторів ризику може сприяти системному збору анамнезу, своєчасному виявленню підозрілих симптомів та більш обґрунтованому призначенню діагностичних обстежень. Впровадження таких інструментів у практику сімейних лікарів може підвищити рівень онкологічної настороженості лікарів та покращити маршрутизацію пацієнтів до спеціалізованої допомоги.

Література

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. DOI: 10.3322/caac.21660.

2. Barclay ME, Abel GA, Greenberg DC, Rous B, Lyratzopoulos G. Socio-demographic variation in stage at diagnosis of breast, bladder, colon, endometrial, lung, melanoma, prostate, rectal, renal and ovarian cancer in England and its population impact. Br J Cancer. 2021;124(7):1320–9. DOI: 10.1038/s41416-021-01279-z.

3. Willis TA, Neal RD, Walter FM, Foy R. Priorities for implementation research on diagnosing cancer in primary care: a consensus process. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1308. DOI: 10.1186/s12913-023-10330-z.

4. Smith CF, Drew S, Ziebland S, Nicholson BD. Understanding the role of GPs' gut feelings in diagnosing cancer in primary care. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e612–21. DOI: 10.3399/bjgp20X712301.

5. Medina-Lara A, Grigore B, Lewis R, Peters J, Price S, Landa P, et al. Cancer diagnostic tools to aid decision-making in primary care: mixed-methods systematic reviews and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess. 2020;24(66):1–332. DOI: 10.3310/hta24660.

6. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. NPJ Digit Med. 2020;3:17. DOI: 10.1038/s41746-020-0221-y.

7. Власик ЛЙ. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;(3):89–96. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.3.11628.

8. Таранов ВВ, Теренда НО. Стан та проблеми сучасної онкології (за даними огляду літератури). Україна. Здоров'я нації. 2023;(3):154–9. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/26.

9. Зуб ВО, Котуза АС. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;(3):35–40. DOI: 10.11603/1681-2786.2022.3.13434.

10. Bradley PT, Hall N, Maniatopoulos G, Neal RD, Paleri V, Wilkes S. Factors shaping the implementation and use of Clinical Cancer Decision Tools by GPs in primary care: a qualitative framework synthesis. BMJ Open. 2021;11(2):e043338. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-043338.

11. Oliva-Fanlo B, March S, Medina D, Martín-Rabadán M, Tamborero G, Stolper E, et al. Prevalence and diagnostic value of GPs' gut feelings for cancer and serious diseases: protocol for a prospective observational study of diagnostic validity. BMJ Open. 2019;9(10):e032404. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032404.

12. Hardy V, Yue A, Archer S, Merriel SWD, Thompson M, Emery J, et al. Role of primary care physician factors on diagnostic testing and referral decisions for symptoms of possible cancer: a systematic review. BMJ Open. 2022;12(1):e053732. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053732.

13. Машкевич ОГ, Вежновець ТА. Особливості організації раннього виявлення злоякісних новоутворень у жителів міст та сільської місцевості на рівні первинної медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025;4(106):80–6. DOI: 10.11603/1681-2786.2025.4.15901.

14. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Базальноклітинний рак шкіри»: наказ МОЗ України від 14 березня 2024 р. № 436 [Internet]. Київ: МОЗ України; 2024. Доступно: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-14032024--436-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo--klinichnogo-protokolu-pervinnoi--ta-specializovanoi-medichnoi--dopomogi-bazalnoklitinnij-rak-shkir.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–249. DOI: 10.3322/caac.21660.

2. Barclay ME, Abel GA, Greenberg DC, Rous B, Lyratzopoulos G. Socio-demographic variation in stage at diagnosis of breast, bladder, colon, endometrial, lung, melanoma, prostate, rectal, renal and ovarian cancer in England and its population impact. Br J Cancer. 2021;124(7):1320–1329. DOI: 10.1038/s41416-021-01279-z.

3. Willis TA, Neal RD, Walter FM, Foy R. Priorities for implementation research on diagnosing cancer in primary care: a consensus process. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1308. DOI: 10.1186/s12913-023-10330-z.

4. Smith CF, Drew S, Ziebland S, Nicholson BD. Understanding the role of GPs' gut feelings in diagnosing cancer in primary care. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e612–e621. DOI: 10.3399/bjgp20X712301.

5. Medina-Lara A, Grigore B, Lewis R, Peters J, Price S, Landa P, et al. Cancer diagnostic tools to aid decision-making in primary care: mixed-methods systematic reviews and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess. 2020;24(66):1–332. DOI: 10.3310/hta24660.

6. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. NPJ Digit Med. 2020;3:17. DOI: 10.1038/s41746-020-0221-y.

7. Vlasyk LI. Dosvid patsiienta ta yoho rol u medychnii aktyvnosti na prykladi ekonomichno aktyvnoho naselennia [Patient experience and its role in medical activity: the example of the economically active population]. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2020;(3):89–96. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.3.11628 [in Ukrainian].

8. Taranov VV, Terenda NO. Stan ta problemy suchasnoi onkolohii (za danymy ohliadu literatury) [State and problems of modern oncology: a literature review]. Ukraina. Zdorovia natsii. 2023;(3):154–159. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/26 [in Ukrainian].

9. Zub VO, Kotuza AS. Analiz nadannia dopomohy patsiientam z onkolohichnymy zakhvoriuvanniamy v umovakh voiennoho stanu [Analysis of healthcare provision to patients with cancer under martial law]. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2022;(3):35–40. DOI: 10.11603/1681-2786.2022.3.13434 [in Ukrainian].

10. Bradley PT, Hall N, Maniatopoulos G, Neal RD, Paleri V, Wilkes S. Factors shaping the implementation and use of Clinical Cancer Decision Tools by GPs in primary care: a qualitative framework synthesis. BMJ Open. 2021;11(2):e043338. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-043338.

11. Oliva-Fanlo B, March S, Medina D, Martín-Rabadán M, Tamborero G, Stolper E, et al. Prevalence and diagnostic value of GPs' gut feelings for cancer and serious diseases: protocol for a prospective observational study of diagnostic validity. BMJ Open. 2019;9(10):e032404. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032404.

12. Hardy V, Yue A, Archer S, Merriel SWD, Thompson M, Emery J, et al. Role of primary care physician factors on diagnostic testing and referral decisions for symptoms of possible cancer: a systematic review. BMJ Open. 2022;12(1):e053732. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053732.

13. Mashkevych OH, Vezhnovets TA. Osoblyvosti orhanizatsii rannoho vyiavlennia zloiakisnykh novoutvoren u zhyteliv mist ta silskoi mistsevosti na rivni pervynnoi medychnoi dopomohy [Features of the organization of early detection of malignant neoplasms among urban and rural residents at the primary healthcare level]. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2025;4(106):80–86. DOI: 10.11603/1681-2786.2025.4.15901 [in Ukrainian].

14. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Pro zatverdzhennia Unifikovanoho klinichnoho protokolu pervynnoi ta spetsializovanoi medychnoi dopomohy "Bazalnoklitynnyi rak shkiry" [On approval of the Unified Clinical Protocol of Primary and Specialized Medical Care "Basal Cell Carcinoma of the Skin"]: Nakaz MOZ Ukrainy vid 14.03.2024 No. 436 [Internet]. Kyiv: Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy; 2024. Available from: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-14032024--436-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo--klinichnogo-protokolu-pervinnoi--ta-specializovanoi-medichnoi--dopomogi-bazalnoklitinnij-rak-shkiri [in Ukrainian].

Клінічне прийняття рішень лікарями первинної медичної допомоги є ключовим етапом раннього виявлення онкологічних захворювань. Використання структурованих інструментів оцінки факторів ризику, зокрема анкетування пацієнтів, може сприяти системному збору анамнезу та підвищенню онкологічної настороженості лікарів.

Мета дослідження полягала у визначенні відмінностей у клінічних підходах і прийнятті рішень лікарями первинної медичної допомоги залежно від використання анкетування пацієнтів щодо факторів ризику онкологічних захворювань.

Матеріали і методи. Проведено поперечне аналітичне дослідження за участю 311 лікарів загальної практики – сімейної медицини. Респондентів розподілено на дві групи: лікарі, які не проводять анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань (n=75), та лікарі, які проводять таке анкетування (n=236). Анкета містила питання щодо соціально-професійних характеристик лікарів, клінічних симптомів, факторів ризику та призначення скринінгових обстежень. Статистичний аналіз виконано з використанням критерію χ^2 та точного критерію Фішера.

Результати. Встановлено статистично значущий зв'язок між використанням анкетування та стажем роботи лікарів (p=0,007). Лікарі, які застосовують анкетування, частіше враховували порушення роботи шлунково-кишкового тракту (67,4% проти 48,0%; p=0,004) та сечовиділення (65,3% проти 48,0%; p=0,010) як можливі симптоми онкологічних захворювань. Обтяжений сімейний анамнез також частіше враховувався у цій групі (90,3% проти 77,3%; p=0,006). Крім того, ці лікарі частіше призначали тест на приховану кров у калі (68,6% проти 54,7%; p=0,036) та визначення онкомаркерів (26,7% проти 14,7%; p=0,042). Інші симптоми, фактори ризику та більшість скринінгових обстежень не мали статистично значущих відмінностей.

Висновки. Використання анкетування щодо факторів ризику онкологічних захворювань асоціюється із системним підходом до збору анамнезу, оцінки клінічних симптомів та призначення діагностичних обстежень. Застосування таких інструментів може сприяти підвищенню онкологічної настороженості лікарів і покращенню раннього виявлення раку.

Ключові слова: первинна медична допомога, лікар, клінічне рішення, фактори ризику, анкетування, скринінг.

Clinical decision-making by primary care physicians is essential for early cancer detection. Structured tools for assessing cancer risk factors, including patient questionnaires, may promote systematic history taking, improve identification of warning symptoms and risk factors, and increase cancer awareness. Such tools may also support clinical reasoning and timely referral for diagnostic and screening procedures within routine primary care clinical practice settings.

Purpose is to assess differences in clinical approaches and decision-making among primary care physicians depending on whether they use patient questionnaires to identify cancer risk factors.

Materials and Methods. A cross-sectional analytical study involved 311 general practitioners – family physicians. Respondents were divided into two groups: physicians who did not use questionnaires to assess cancer risk factors (n=75) and physicians who used them in clinical practice (n=236). The questionnaire included sociodemographic and professional characteristics, clinical symptoms, cancer risk factors, and prescription of screening and diagnostic examinations. Statistical analysis was performed using MedCalc® Statistical Software, version 22.009. Categorical variables were compared using the χ^2 test or Fisher's exact test when expected frequencies were small. Statistical significance was set at $p<0.05$.

Results. Questionnaire use was significantly associated with physicians' length of professional experience (p=0.007). Among physicians who used questionnaires, 42.4% had more than 20 years of professional experience compared with 21.3% among those who did not. Practice location (p=0.621) and number of patient declarations (p=0.219) were not significantly associated with questionnaire use. Physicians who used questionnaires more frequently considered gastrointestinal disturbances (67.4% vs 48.0%; p=0.004) and urinary disturbances (65.3% vs 48.0%; p=0.010) as clinically relevant. A positive family history of cancer was also more frequently taken into account by questionnaire users (90.3% vs 77.3%; p=0.006). No statistically significant differences were found for unexplained weight loss, fatigue, palpable mass, pain of unclear origin, prolonged stress, overweight, hazardous occupational conditions, low physical activity, smoking, alcohol consumption, or excessive red meat intake. Domestic or sexual violence was more frequently identified among questionnaire users, although the difference was not statistically significant (12.7% vs 5.3%; p=0.089). Questionnaire use was also associated with selected diagnostic decisions. Physicians who used questionnaires more often prescribed faecal occult blood testing (68.6% vs 54.7%; p=0.036) and tumour marker testing (26.7% vs 14.7%; p=0.042). No statistically significant differences were observed for mammography, colonoscopy, ultrasound examinations, or prostate-specific antigen testing for prostate cancer. Professional or emotional exhaustion (p=0.196), working in one versus several healthcare facilities (p=0.236), and job satisfaction (p=0.124) were not associated with questionnaire use. Overall, questionnaire use was linked to a more structured approach to cancer risk assessment, greater attention to selected clinical manifestations and family history, and certain diagnostic decisions in primary care. This may facilitate earlier identification of patients at increased cancer risk and support timely diagnostic pathways.

Conclusions. The use of questionnaires for assessing cancer risk factors is associated with a more systematic approach to medical history taking, evaluation of selected clinical symptoms, identification of family cancer history, and prescription of certain diagnostic tests. Structured cancer risk assessment tools may support clinical decision-making and improve early identification of patients requiring further diagnostic evaluation.

Key words: primary care, physician, clinical decision-making, risk factors, questionnaire, screening.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Машкевич Олександра Григорівна – аспірантка кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульв. Тараса Шевченка, 13, Київ, Україна, 01601.
mashkevycho.moh@gmail.com, ORCID ID: 0009-0006-7905-2023 [A, B, C, D, F]

Вежновець Тетяна Андріївна – доктор медичних наук, професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульв. Тараса Шевченка, 13, Київ, Україна, 01601.
taveg1962@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1156-8614 [A, E, F]

Дата першого надходження статті до видання: 05.06.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 04.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.10.2026