

DOI: 10.21802/artm.2026.2.38.62  
УДК 616-006:614.2:616-084**ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ГОТОВНІСТЬ ЖІНОК ДО СКРИНІНГУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ШИЙКИ МАТКИ: РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**Н.І. Понзель\*<sup>1</sup><sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету №2, м. Ужгород, Україна

ORCID ID: 0000-0002-9600-1811, e-mail: nataliaponzel@gmail.com

\*Автор-кореспондент: nataliaponzel@gmail.com

**Резюме.** Профілактичні стратегії відіграють ключову роль у зменшенні тягаря захворювань. В онкології скринінг є особливо ефективним для зниження смертності. Доведено, що мамографія у жінок віком від 40 років знижує смертність від раку молочної залози на 25 % протягом 10 років, тоді як скринінг раку шийки матки може зменшити цей показник на понад 70 %. Проте, попри наявність національних рекомендацій в Україні, значна частина випадків цих захворювань виявляється на пізніх стадіях, що свідчить про вплив додаткових факторів на участь жінок у скринінгу.

Метою дослідження було визначити фактори, що впливають на мотивацію та готовність жінок проходити скринінг раку молочної залози та шийки матки. Для цього опитали 343 жінки віком 21–74 роки щодо мотиваційних факторів, що впливають на прийняття рішення скринінгу раку молочної залози та шийки матки.

На основі відповідей було виділено 9 ключових тематичних доменів, що відображають мотиваційні фактори та бар'єри до проходження скринінгу раку молочної залози та шийки матки: якість медичної допомоги та компетентність лікаря, доступність послуг, інформування, нагадування, просвіта, особисті медичні показання та стан здоров'я, персональні цінності й відповідальність, відсутність або невизначеність мотивуючих факторів, турбота про сім'ю та близьких, хвороби в сім'ї, страх ризиків, державні, системні та організаційні аспекти.

Готовність жінок до проходження скринінгу раку молочної залози та шийки матки визначається комплексною взаємодією індивідуальних, соціальних та системних факторів. Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження комплексних інтервенцій, спрямованих на покращення комунікації між лікарем і пацієнтом, підвищення доступності скринінгу та використання нагадувань і мотиваційних стратегій.

**Ключові слова:** онкологія, громадське здоров'я, готовність до скринінгу, профілактика захворювань, онкопрофілактика, первинна медична допомога.

**Вступ.** Однією з найефективніших стратегій зменшення кількості захворювань серед населення є система кількох рівнів профілактики. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) є чотири види профілактики: первинна (виявлення та уникнення факторів ризику, вакцинація, мотиваційне консультування), вторинна, що передбачає скринінг захворювань на їх ранньому етапі, третинна – направлена на профілактику ускладнень наявних хвороб та четвертинна – захист пацієнта від надмірної діагностики та лікування [1].

У контексті запобігання онкологічних захворювань, що складають вагомую частку смертності в Україні та світі, вчасний скринінг допомагає подовжити життя пацієнтам [2, 3]. Наприклад, дослідження 2020 року показало, що мамографія (МAM) серед жінок після 40 років знижує смертність від раку молочної залози (РМЗ) на 25 % протягом 10 років, що потенційно зберігає 11,5 років життя в розрахунку на 1000 обстежених жінок [4].

Програми скринінгу раку шийки матки (РШМ) також демонструють значні переваги й рятують життя. За результатами дослідження, у якому моделювали ситуацію повного охоплення скринінгом РШМ, на кожні 100 000 жінок можна врятувати близько 1731 року життя [5]. Проведення цитологічного тестування також може знизити смертність від РШМ більш ніж на 70 % [6].

Попри наявність розроблених в Україні рекомендацій щодо онкоскринінгу [7-9], постійне навчання лікарів та розвиток можливостей сучасної системи охорони здоров'я, значна частка випадків РМЗ і РШМ все ще виявляється на пізніх стадіях [10].

Виникає питання чи лише наявність матеріально-технічних баз визначає участь жінок у скринінгу РМЗ та РШМ, чи існують ще фактори, що впливають на їхнє рішення проходити скринінгові обстеження. Аналіз наявної літератури показав, що інформація про значущі для жінок фактори є обмеженою. В Україні виявлено обмежену кількість досліджень, присвячених аналізу чинників готовності жінок до скринінгу РМЗ та РШМ.

В оглядовій статті, опублікованій у 2023 році, наведено загальні проблеми та перешкоди профілактики РШМ. Автори зазначали такі фактори: недостатня інформованість пацієнтів, економічні бар'єри щодо вакцинації проти вірусу папіломи людини (ВПЛ), вплив катастроф та складна гуманітарна ситуація [11]. З огляду на це, **метою нашого дослідження** є виявлення факторів, які, на думку жінок, впливають на їхню мотивацію та готовність проходити скринінг РМЗ та РШМ.

**Об'єкт і методи дослідження.** Було проведено опитування 343 жінок віком 21–74 роки за допомогою валідизованої анкети «Оцінка готовності пацієнток проходити скринінг раку молочної залози та шийки матки» [12]. Згідно з анкетною, кожна учасниця

дала відповідь на відкрите запитання: «Вкажіть причину неготовності до проведення скринінгу раку молочної залози та раку шийки матки». Відповіді збирали в ужгородській клініці сімейної медицини та в соціальних мережах через електронну форму за

допомогою методу «снігової кулі» [13]. Соціодемографічні дані респонденток представлені в табл. 1. З опису ми бачимо, що переважна більшість учасниць були працевлаштовані, мали вищу освіту та були одружені.

Таблиця 1

Соціодемографічні характеристики учасників дослідження		Освіта, n (%)		Сімейний стан, n (%)	
Тип зайнятості, n (%)					
Робота на повний день	180 (52,5)	Вища освіта	256 (74,6)	Одружені / цивільний шлюб	212 (61,8)
Знаходжуся у відпустці по догляду за дитиною	72 (21)	Середня спеціальна освіта	71 (20,7)	Неодружені	131 (38,2)
"Інше" (пенсіонери, студенти, часткова зайнятість, безробітні)	91 (26,5)	Середня освіта	16 (4,7)		

Для якісного аналізу відповідей на відкрите запитання ми провели тематичний аналіз згідно з рекомендаціями щодо аналізу результатів якісних досліджень [14]. Процес аналізу передбачав кодування відповідей, які згодом було інтегровано в підтеми та систематизовано у кілька великих тем. Кожній присвоїли код із позначкою «УЧ» (учасниця дослідження) та порядкового номера. Усі відповіді аналізували як суцільний масив даних без поділу за віком, освітою чи місцем проживання. Подальшу інтерпретацію здійснювали в межах тематичного аналізу з

використанням ілюстративних цитат. Висловлювання респонденток подано без редакторських втручань, із збереженням їхніх мовних, стилістичних та орфографічних особливостей.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Всі закодовані відповіді респонденток розділили на теми та підтеми. З усіх відповідей сформулювали 9 ключових тематичних доменів, що відображають мотиваційні фактори та бар'єри до проходження скринінгу РМЗ та РШМ (див рис. 1).



Рис. 1. Мотиваційні фактори та бар'єри до проходження скринінгу раку молочної залози та шийки матки

#### 1. Якість медичної допомоги та компетентність лікаря

Найчастіше жінки наголошували на потребі довіри до професійності фахівця та якості медичної допомоги, що виливалася в якість комунікації, здатності пояснити результати й алгоритм дій.

УЧ 62: «У зручний час, комфортних умовах, без критики з боку врача, що раніше не проходила, з доступним і якісним поясненням врача, без черг».

Також для багатьох важливими є компетентність, уважність і тактовність лікаря.

УЧ 3: «Якщо я буду впевнена в якості результатів обстеження та професійності лікаря, який їх інтерпретує».

Окремо учасниці описували етичний компонент взаємодії: повага до рішення пацієнтки, навіть якщо вона відмовляється від скринінгу.

УЧ 39: «Я б послухала лікаря ... що надав би всебічну інформацію, і з повагою віднесся би до мого рішення, навіть, якщо воно - відмова від скринінгу».

У відповідях також звучала проблема перевантаженості лікарів та низької орієнтації системи на профілактику.

УЧ 199: «...Наразі при проходженні профілактичних медоглядів на підприємствах лікарі в поліклініках перевантажені або незацікавлені, а в інший час самі пацієнтки не завжди мають можливість займатися власним здоров'ям...».

З відповідей бачимо, що для жінок важливий не лише факт наявності послуги, а й якість медичної комунікації. Саме вона часто є «воротами» до прийняття рішення про скринінг.

## 2. Доступність послуг

Ми визначили, що доступність медичних послуг у відповідях має три виміри: географічний, фінансовий і часовий.

Географічна доступність і організаційні бар'єри. Жінки підкреслювали значення близькості послуги до дому/роботи та наявності спеціаліста у місці проживання.

УЧ 16: «Ближче до дома чи роботи. Не треба дуже далеко їхати».

УЧ 33: «Відсутність довжелезних черг».

Фінансова доступність виявилася окремим фактором, який впливав на готовність жінок проходити скринінгу РМЗ та РШМ. Тема грошей звучала як одна із найсильніших. Частина учасниць прямо пов'язувала можливість скринінгу з наявністю оплати або направлення.

УЧ 118: «Станом на зараз для мене єдиний фактор – доступність фінансова».

УЧ 123: «Мотивація є, чекаю безкоштовного направлення».

Часові можливості/зручність. Окрім фінансових питань та потреби в роз'ясненні завдань, жінки наголосили на важливості чіткого графіка та запису на конкретний час.

УЧ 48: «Безкоштовне проходження за чітким графіком без черг у назначену годину».

УЧ 62: «У зручний час, комфортних умовах, без критики з боку в'рача, що раніше не проходила, з доступним і якісним поясненням в'рача, без черг».

Доступність скринінгових методів для раннього виявлення РМЗ та РШМ для пацієнток включала не тільки «є/немає», а й сукупність факторів: близькість до місця проживання чи транспортна логістика, фінансова спроможність пацієнток та наявність часу. Натомість погана організація процесу знижує готовність жінок проходити обстеження навіть за наявної мотивації.

## 3. Інформування, нагадування, просвіта

Учасниці часто запитували про чіткі інструкції та системні нагадування, зокрема цифрові. Важливим було не просто «знати, що треба», а мати зрозумілий маршрут і підказку «коли/де/як».

УЧ 36: «Доступність такої послуги. Чіткий план дій коли і що робити. Можливо телеграм бот який раз у рік нагадує з конкретною адресою де можна це зробити у моєму місті».

УЧ 160: «Персональне запрошення».

Жінки очікують від лікаря не просто рекомендації «піти на скринінг», а структурованого інформування: що саме буде відбуватися, навіщо потрібен

конкретний метод та як чітко дістатися до місця проведення скринінгу.

## 4. Особисті медичні показання та стан здоров'я

Результати відповідей також показують, що наявність симптомів, попередніх діагнозів або виявлених патологій (зі слів пацієнток) впливає на їхню готовність проходити скринінг РМЗ та РШМ. Згадувалися дисплазія, фіброаденома, ендометріоз, операції в анамнезі, погане самопочуття.

УЧ 135: «Треба дитину поставити на ноги, турбуюсь про своє здоров'я тому. Була фіброаденома мол. зал. Ендометріоз, операція. Дисплазія ш/м».

УЧ 168: «Якщо виявлю під час самостійного огляду, що щось не так з грудьми (якесь утовщення)».

Серед опитаних жінок готовність до скринінгу визначалася рівнем поінформованості про певні ризики або наявністю симптомів захворювань шийки матки чи молочної залози.

## 5. Персональні цінності й відповідальність

Один із блоків відповідей продемонстрував усвідомлену внутрішню мотивацію, яка відображала такі персональні цінності: бажання бути здоровою, цінність життя, відповідальність за себе та розуміння переваг ранньої діагностики.

УЧ 35: «Бажання бути здоровою, це основний фактор, ну і рання діагностика, як надія вилікувати захворювання».

УЧ 158: «Це має бути зобов'язання кожної жінки на державному рівні. Профілактика дешевше ніж лікування, і це має бути правилом в державі».

Серед відповідей траплялися тези від вмотивованих пацієнток, які вбачали в скринінгу збереження свого здоров'я та якісного довголіття.

УЧ 113: «Немає ніяких факторів, я просто стежу за своїм здоров'ям».

Таким чином, частина українок повністю готова проходити профілактичні огляди, що дозволить знизити навантаження на систему охорони здоров'я.

## 6. Відсутність або невизначеність мотивуючих факторів

Значна частина відповідей була короткою або невизначеною щодо факторів мотивації до проходження скринінгу РМЗ та РШМ. Пацієнткам було важко сформулювати, які саме компоненти відіграють вирішальну роль у їхній готовності пройти обстеження.

УЧ 72: «Не знаю».

УЧ 191: «У світі стільки всього пов'язано з лікарями, але без причини ходити до них перевірятися постійно бажання не має, не знаю з чим це зв'язано».

Відповіді, що містять сумніви, можуть стати саме тим важливим ресурсом для формування стратегії навчання жінок. Вони допомагають краще зрозуміти ризики, сенс скринінгу, а також знизити тривожність/непевність перед медичними обстеженнями.

## 7. Турбота про сім'ю та близьких

Частина жінок описувала свою мотивацію соціальною відповідальністю: прагненням бути здоровими задля дітей і не ставати тягарем для родини.

УЧ 94: «Наявність малої дитини, яку треба виростити. Необхідно обстежуватись щоб бути здоровим».

УЧ 128: «Хочу виявляти хвороби вчасно, щоб потім не додавати дітям клопоту доглядати мене».

Окремо жінки піклуються про своє здоров'я заради нового покоління і своїх майбутніх дітей.

УЧ 175: «Підготовка до вагітності».

Для медичної системи в цілому та лікаря це цінний комунікаційний «місток», де профілактика виступає ресурсом збереження функціональності сім'ї. Отримані дані можуть бути основою для розробки рекомендацій сімейним лікарям, вузьким спеціалістам, задіяним у скринінгу РМЗ та РШМ, керівникам медичних закладів та викладачам медичних факультетів.

### 8. Хвороби в сім'ї / страх ризиків

Емоційні реакції, зумовлені досвідом раку в близьких та страхом перед хворобою, стали окремим чинником у формуванні мотивації та бар'єрів до скринінгу РМЗ та РШМ. Серед них можна виділити розуміння жінками поширеності цих захворювань і, як наслідок, важливості їх ранньої діагностики.

УЧ 34: «Висока захворюваність на рак серед знайомих жінок».

УЧ 133: «Дуже погана екологія, та багато випадків раку».

Досвід втрати або хвороби в родині стає потужним тригером до скринінгу. Водночас обтяжений сімейний анамнез може посилювати тривожність, що вимагає делікатного, орієнтованого на зменшення переживань пацієнта, консультування.

УЧ 40: «Мама хворіла рак молочної залози 4 стадія метастази, нажалі її вже нема вживих».

### 9. Державні, системні та організаційні аспекти

Учасниці часто описували скринінг як процес, що потребує системного спрощення та формування обов'язкової державної програми онкологічного скринінгу: чіткі процедури, графік, безкоштовність, «обов'язковість», цифрові нагадування.

УЧ 64: «Внесення їх в перелік обов'язкових щорічних обстежень».

Водночас звучали історії бюрократичних бар'єрів і проблем маршрутизації пацієнтів.

УЧ 178: «Протидія обслуговуючого медичного персоналу типу – хочу пройти мамографію – йдіть за направленням до мамолога! Мамолог без мамографії не приймає( це при наявності електронного направлення) Волинський онкодиспансер, замкнений круг».

Жінки бачать не лише особисті причини, а й системні перешкоди. Для лікарів це сигнал: мотивація часто «ламається» на етапі організації маршруту пацієнта.

Проведений аналіз демонструє, що готовність до скринінгу РМЗ і РШМ уявляється жінкам як баланс між довірою (компетентність і тактовність лікаря), доступністю (вартість, географія, час), інформованістю (пояснення, інструкції, нагадування) та особистими тригерами (симптоми, попередні діагнози, досвід раку в сім'ї, відповідальність перед дітьми).

Отримані результати узгоджуються з даними міжнародних досліджень. Так, систематичний огляд Georگا D та ін. показав, що участь жінок у скринінгу РМЗ визначається низкою взаємопов'язаних чинників, зокрема рекомендаціями медичних працівників, доступністю скринінгових послуг та рівнем

поінформованості жінок про профілактику і скринінг [15]. Автори також підкреслюють роль обтяженого сімейного анамнезу та системи запрошень або нагадувань як факторів, що мотивують жінок проходити обстеження для раннього виявлення РМЗ та РШМ.

Подібні висновки отримані також і в іншому систематичному огляді [16], де для пояснення поведінки щодо скринінгу використано модель переконань щодо здоров'я (Health Belief Model) [17]. Автори публікують, що участь у проведенні профілактичних заходів визначається сприйняттям ризику, рівнем знань про профілактику та так званими «тригерами до дії». До таких тригерів належать поява симптомів, попередній досвід захворювання або рекомендації медичних працівників.

Ця концепція узгоджується з нашими результатами, оскільки респондентки також зазначали, що симптоми, попередні діагнози або випадки раку в сім'ї можуть впливати на їхню готовність до проходження скринінгу.

Водночас наші дані розширюють попередні висновки авторів. Жінки України акцентували увагу на важливості взаємодії з лікарем. Учасниці пов'язували готовність до проходження скринінгу з довірою до компетентності лікаря та його комунікаційних навичок.

Ще одним важливим аспектом, що чітко проявився у наших результатах, є доступність. Вона включала фінансову складову, географічну близькість медичних закладів та часові ресурси. Учасниці підкресливали її як важливий елемент процесу прийняття рішення. Можна підсумувати, що не тільки поінформованість, а й доступність визначають ступінь реальної готовності до проходження скринінгу РМЗ та РШМ.

Разом з тим частина жінок є з пасивними чи невизначеними факторами готовності до скринінгу. Подібні результати описані й у міжнародних дослідженнях, присвячених бар'єрам до участі у скринінгу. Зокрема, у дослідженні щодо бар'єрів до МАМ [18] було показано, що частина жінок не має чітко сформульованої причини відмови або відтермінування обстеження. Деякі учасниці зазначали, що вони не знають як організувати або пройти МАМ, тоді як інші повідомляли про відкладання скринінгу без можливості чітко пояснити причини такого рішення. Подібні результати описані у дослідженнях щодо скринінгу РШМ, у яких частина жінок демонструвала пасивні або невизначені установки щодо проходження обстеження, часто не маючи чітко сформульованих причин відмови [19].

Ми отримали схожі відповіді, що потребують подальшого поглибленого дослідження цього питання, яке краще покаже механізми формування готовності жінок до проходження скринінгу РМЗ та РШМ. Методами для такого аналізу можуть бути інтерв'ю або фокус-групи, спрямовані на виявлення глибинних переконань, страхів та інших чинників, що впливають на формування готовності до проходження профілактичних обстежень.

Варто зазначити, що в Україні таке дослідження провели вперше. Було використано валідований опитувальник, який підвищує надійність і достовірність отриманих результатів [20] і дозволяє

оцінити думку респонденток щодо формування готовності до проходження скринінгу РМЗ та РШМ. Анонімний формат опитування дозволив отримати більш відверті відповіді на питання щодо особистого досвіду та бар'єрів до скринінгу. Жінки були з різних соціальних вікових груп, відповіді зібрані різними методами, що дало змогу «почути голос» різних жінок. Водночас результати базуються на самозвітах респонденток, що може призвести до певних інформаційних викривлень, а структурована форма запитання потенційно обмежити визначення глибинних думок та переконань учасниць.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальша робота буде спрямована на кількісне визначення рівня готовності жінок до скринінгу РМЗ та РШМ. На основі отриманих результатів планується впровадження цифрових та освітніх інструментів. Вони допоможуть підвищити готовність населення до скринінгу, а також подолати інформаційні прогалини, хибні уявлення і стигми, пов'язані зі скринінгом РМЗ та РШМ. Очікується, що такі втручання сприятимуть підвищенню охоплення науково обґрунтованими профілактичними заходами, своєчасному виявленню захворювань та збереженню життя і здоров'я жінок в Україні.

**Висновки.** Готовність до проходження скринінгу РМЗ та РШМ складається із індивідуальних, міжособистісних і системних факторів. Важливу роль відіграють довіра до лікаря, якість медичної комунікації та доступність послуг. Важливими детермінантами також є рівень інформованості, наявність персональних факторів (симптоми, сімейний анамнез) і соціальна відповідальність.

Водночас частина жінок демонструє невизначену або пасивну позицію, що вказує на потребу в цілеспрямованих освітніх та мотиваційних інтервенціях. Отримані результати підкреслюють необхідність розвитку пацієнторієнтованої комунікації, покращення організації скринінгу РМЗ і РШМ та впровадження систем нагадувань.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Заява про доступність даних:** Дані, що підтверджують результати цього дослідження, доступні в автора-кореспондента за обґрунтованим запитом.

## References:

- Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice*. 2018 Jan 1; 24(1):106-11. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>
- Carethers JM. Cancer Screening Progress and Noninvasive Screening Opportunities since the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Cancer Prevention Research*. 2025 Jun 2; 18(6):313-9. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-25-0007>
- Zielonke N, Gini A, Jansen EEL, Anttila A, Segnan N, Ponti A, et al. Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2020 Mar; 127:191-206. [doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010)
- Duffy S, Vulkan D, Cuckle H, Parmar D, Sheikh S, Smith R, et al. Annual mammographic screening to reduce breast cancer mortality in women from age 40 years: long-term follow-up of the UK Age RCT. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2020 Oct; 24(55):1-24. <https://doi.org/10.3310/hta24550>
- Pollack LM, Ekwueme DU, Hung MC, Miller JW, Chang SH. Estimating the impact of increasing cervical cancer screening in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program among low-income women in the USA. *Cancer Causes Control*. 2020 Jul; 31(7):691-702. <https://doi.org/10.1007/s10552-020-01314-z>
- Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine*. 2006 Aug; 24:S63-70. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.113>
- Nakaz MOZ Ukrainy №195. Standart medychnoi dopomohy «Rak molochnoi zalozy». Kyiv; 2025 Feb. Report. <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-03-02-2025-195-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-rak-molochnoyi-zalozi>
- Nakaz MOZ Ukrainy №1075. Standart medychnoi dopomohy «Rak shyiky matky». 2025 Jul. Report. <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-07-07-2025-1075-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-rak-shijki-matki>
- Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Pro zabezpechennia skryninhu i rannoї diahnostryky okremykh vydiv raku ta monitorynhu stanu zdorovia patsientiv z hrup ryzyku. Kyiv; MOZ Ukrainy; 2024 Aug. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1273-24#Text>
- Fedorenko ZP, et al. Cancer in Ukraine, 2023–2024: incidence, mortality, and performance indicators of the oncology service. Kyiv: National Cancer Registry of Ukraine; 2025. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/index\\_e.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index_e.htm)
- Osnytska Y, Martin LR, Goodman A. Cervical Cancer Prevention Challenges and Barriers to Cervical Cancer Screening and HPV Vaccinations in Ukraine and Eastern Europe. *Health N Hav*. 2023; 15(06):525-43. <https://doi.org/10.4236/health.2023.156036>
- Ponzel N. Validation of the Ukrainian Questionnaire “Assessment of Patient Readiness for Breast and Cervical Cancer Screening.” *Family medicine European practices*. 2025 May 23; (2):54-8. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.2.2025.331927>
- Ting H, Memon MA, Thurasamy R, Cheah JH. Snowball Sampling: A Review and Guidelines for Survey Research. *Asian Journal of Business Research*. 2025 Mar 18; 15(1):1-15. <https://doi.org/10.14707/ajbr.250186>
- Slater P, Hasson F. Quantitative Data Quality Assurance, Analysis and Presentation. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2025 Jun 19; 32(3):723-7. <https://doi.org/10.1111/jpm.13143>
- Georga D, Zartalous A, Saridi M, Fradelos EC, Rouka E, Sarafis P, et al. Factors Determining Women's Attitudes and Knowledge Toward Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *Healthcare*. 2025 Jul 4; 13(13):1605. [doi.org/10.3390/healthcare13131605](https://doi.org/10.3390/healthcare13131605)
- Tavakoli B, Feizi A, Zamani-Alavijeh F, Shahnazi H. Factors influencing breast cancer screening practices among women worldwide: a systematic review of observational and qualitative studies. *BMC Womens*

- Health. 2024 Apr 27; 24(1):268.  
<https://doi.org/10.1186/s12905-024-03096-x>
17. Health Belief Model of Behavior Change. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;2024.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
18. Olsson SE, Shah S, Haase E, Butler E, Amado I, Pagidas K. Perceptions and Barriers to Screening Mammography and Clinical Breast Examination: A Survey Study of Underserved Populations in North Texas. Public Health Challenges. 2025 Mar 6; 4(1).  
<https://doi.org/10.1002/puh2.70032>
19. Mohammed E. Reasons for not undergoing cervical cancer screening: perspectives from women and health care providers in Addis Ababa: a qualitative study. Front Oncol. 2025; 15:1456804.  
<https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1456804>
20. Ranganathan P, Caduff C, Frampton CMA. Designing and validating a research questionnaire – Part 2. Percept Clin Res. 2024; 15(1):42-45.  
[https://doi.org/10.4103/picr.picr\\_318\\_23](https://doi.org/10.4103/picr.picr_318_23)

UDC 616-006:614.2:616-084

**FACTORS AFFECTING WOMEN'S READINESS  
FOR BREAST AND CERVICAL CANCER  
SCREENING: RESULTS OF A QUALITATIVE  
STUDY**

N.I. Ponzel\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University", Department of Family Medicine and Outpatient Care, Faculty of Medicine №2, Uzhhorod, Ukraine  
ORCID ID: 0000-0002-9600-1811,  
e-mail: nataliaponzel@gmail.com

\*Corresponding author: nataliaponzel@gmail.com

**Abstract.** Prevention strategies play a key role in reducing disease burden. According to WONCA, prevention includes primary, secondary, tertiary, and quaternary levels. In oncology, screening is particularly effective in reducing mortality. Evidence shows that mammography in women over 40 reduces breast cancer mortality by 25 % over 10 years, while cervical cancer screening can reduce mortality by over 70 %. However, despite national screening recommendations in Ukraine, many cases of breast and cervical cancer are still detected at late stages. This suggests that factors beyond healthcare system capacity may influence women's participation in screening.

Evidence demonstrates that regular mammography in women over 40 years reduces breast cancer mortality by approximately 25 % over a 10-year period, while cervical cancer screening can decrease mortality by more

than 70 %. Despite the existence of national screening recommendations in Ukraine, a substantial proportion of breast and cervical cancer cases are still diagnosed at advanced stages. This indicates that, in addition to healthcare system capacity, behavioral, informational, and systemic factors may significantly influence women's participation in screening programs.

We aimed to identify factors influencing women's motivation and readiness to undergo breast and cervical cancer screening.

A cross-sectional survey of 343 women aged 21–74 years was conducted using a validated questionnaire included an open-ended question about motivational factors for breast and cervical cancer screening. Data were collected in a family medicine clinic in Uzhhorod and via social media using a snowball sampling method.

For results we identified nine key thematic domains, reflecting motivational factors and barriers to breast and cervical cancer screening: quality of healthcare and physician competence, accessibility of services, information provision, reminders, and health education, individual medical indications and health status, personal values and sense of responsibility, lack or uncertainty of motivating factors, care for family and close relatives, family history of disease, perceived risk, governmental, systemic, and organizational factors.

Women's readiness to undergo breast and cervical cancer screening is determined by a complex interplay of individual, interpersonal, and system level factors. Trust in healthcare providers, the quality of doctor–patient communication, and the accessibility and organization of healthcare services play a central role in forming screening behavior. Additional important determinants include the level of awareness and health literacy, the presence of personal factors such as symptoms or family history of disease, as well as a sense of personal and social responsibility for health.

At the same time, a proportion of women demonstrate uncertain or passive attitudes toward breast and cervical cancer screening.

The findings emphasize the importance of developing patient-centered communication strategies, improving the organization and accessibility of breast and cervical cancer screening programs, and implementing systematic reminder and follow-up systems. A comprehensive approach that integrates behavioral, educational, and system-level interventions is essential to enhance screening uptake and ultimately improve early detection and health outcomes.

**Keywords:** oncology, public health, screening readiness, disease prevention, cancer prevention, primary health care.

**Conflict of interest:** absent.



Copyright © Н.І. Понзель, 2026

Рукопис надійшов в редакцію: 23.03.2026 р.

Рукопис повернутий на доопрацювання: 25.03.2026 р.

Рукопис отриманий після доопрацювання: 01.05.2026 р.

Рукопис прийнятий до друку: 12.06.2026 р.