МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота
за спеціальністю 223 «Медсестринство»,
освітня програма «Сестринська справа»

на тему:

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОЦЕДУРІ ПРОВЕДЕННЯ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Виконала: студентка 2 курсу,
ІІІ медичного факультету з підготовки вітчизняних та іноземних здобувачів освіти
Луценко Катерина Валентинівна

Керівник: к.мед.н., доцент,
Болокадзе Євгенія Олександрівна

Харків – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП....2
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ....5
1.1. Сучасні підходи до проведення цервікального скринінгу та їх ефективність....5
1.2. Основні функції та компетенції медичної сестри в організації та проведенні цервікального скринінгу....21
Висновки за розділом 1....30
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ....33
2.1. Методологія дослідження ролі медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу....33
2.2. Результати дослідження ефективності роботи медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу....45
2.3. Висновки за розділом....65
ВИСНОВКИ....68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ....72
ДОДАТКИ....79

ВСТУП

Актуальність теми. Рак шийки матки залишається глобальною проблемою охорони здоров'я, посідаючи одне з провідних місць серед онкологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Значна кількість нових випадків та летальних наслідків щорічно реєструється в усьому світі, причому непропорційно висока частка захворюваності та смертності припадає на країни з низьким та середнім рівнем доходу. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я з елімінації раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я передбачає комплексний підхід, що об'єднує вакцинацію проти вірусу папіломи людини, проведення ефективного скринінгу та забезпечення своєчасного лікування виявленої патології.

Впровадження систематичних програм цервікального скринінгу суттєво знижує захворюваність та смертність від раку шийки матки, що доведено досвідом країн із розвиненими скринінговими системами. Медичні сестри виконують ключові функції у реалізації програм цервікального скринінгу, забезпечуючи організаційну підтримку, інформаційно-просвітницьку роботу з населенням, безпосереднє проведення скринінгових процедур та подальше спостереження за пацієнтками. Розширення повноважень медичних сестер та розвиток їх компетенцій у галузі цервікального скринінгу дозволяє вирішити проблему кадрового дефіциту, підвищити доступність профілактичних послуг та забезпечити своєчасне виявлення передракових змін шийки матки. Удосконалення підготовки медичних сестер та стандартизація їх діяльності у сфері цервікального скринінгу створює підґрунтя для повноцінного використання потенціалу середнього медичного персоналу у профілактиці раку шийки матки. Впровадження структурованого підходу до організації роботи медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу забезпечить підвищення загальної ефективності скринінгових програм та розширення охоплення цільових груп населення.

Теоретичні основи дослідження. Теоретичною основою дослідження слугували праці вітчизняних та зарубіжних науковців з питань організації та проведення цервікального скринінгу, ролі медичних сестер у профілактичних

програмах, а також сучасні міжнародні рекомендації та стандарти. Методологічною основою дослідження стали наукові положення щодо ролі медичної сестри у системі охорони здоров'я, викладені у працях К. Девіс та співавторів [14], М. Варона та співавторів [51], Р. Перкінса та співавторів [40], Н. Бхатла та С. Сінгхала [9], Е. Фонтхем та співавторів [17], Л. Вайз та співавторів [54], І. Калліала та співавторів [24], А. Атанасіу та співавторів [8], К. Канфелла та співавторів [13], М. Арбін та співавторів [6], М. Демарко та співавторів [15], А. Хашмі та співавторів [20], а також концепція безперервного вдосконалення якості медичної допомоги та сучасні підходи до організації профілактичних програм, описані у рекомендаціях ВООЗ [55, 56, 57], Американського товариства раку [17, 18] та Міжнародного агентства з досліджень раку [11, 12].

Метою дослідження є обґрунтування та розробка оптимальної моделі діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу з урахуванням сучасних підходів та стандартів.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

1. Проаналізувати сучасні підходи до проведення цервікального скринінгу та визначити роль медичної сестри в їх реалізації.
2. Дослідити основні функції та компетенції медичної сестри в організації та проведенні цервікального скринінгу.
3. Оцінити рівень знань та практичних навичок медичних сестер щодо проведення цервікального скринінгу.
4. Визначити фактори, що впливають на ефективність діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу.
5. Розробити та апробувати модель оптимізації роботи медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу.

Об'єкт дослідження - процес організації та проведення цервікального скринінгу.

Предмет дослідження - діяльність медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження: бібліосемантичний аналіз наукової літератури, системний аналіз та логічне узагальнення, соціологічний метод (анкетування, інтерв'ювання), медико-статистичний аналіз, організаційне моделювання, експертна оцінка.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному дослідженні діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу та розробці оптимальної моделі її організації. Уперше розроблено структурно-функціональну модель діяльності медичної сестри у процесі цервікального скринінгу з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій та локальних умов. Удосконалено підходи до організації роботи медичних сестер при проведенні скринінгових обстежень шийки матки. Набули подальшого розвитку наукові положення щодо ролі медичної сестри у забезпеченні якості та ефективності цервікального скринінгу.

Практичне значення одержаних результатів. Матеріали дослідження можуть бути використані для оптимізації роботи медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу, розробки стандартних операційних процедур, удосконалення програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних сестер, а також для розробки нормативних документів, що регламентують діяльність середнього медичного персоналу у профілактичних програмах.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

1.1. Сучасні підходи до проведення цервікального скринінгу та їх ефективність

Скринінг раку шийки матки належить до найбільш ефективних стратегій охорони здоров'я населення, спрямованих на зниження глобального тягаря онкологічних захворювань. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, рак шийки матки посідає четверте місце серед найпоширеніших форм раку у жінок, щорічно реєструється близько 570 000 нових випадків та 311 000 летальних наслідків. Суттєва частка захворюваності та смертності припадає на країни з низьким та середнім рівнем доходу, де програми скринінгу впроваджені недостатньо [55].

Проблематика раннього виявлення цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та інвазивного раку шийки матки набуває особливо гострого значення у контексті глобальної стратегії ВООЗ, яка передбачає елімінацію раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я шляхом досягнення та підтримання показника захворюваності нижче 4 випадків на 100 000 жінок. К. Канфелл у співавторстві з дослідниками моделювання впливу заходів з елімінації раку шийки матки встановили, що дотримання глобальних рекомендацій щодо охоплення вакцинацією, скринінгом та лікуванням прекурсорних уражень може запобігти близько 74 мільйонам випадків раку шийки матки та 62 мільйонам смертей протягом наступного століття [13].

Згідно з оцінками М. Арбін та співавторів, найвищі стандартизовані за віком показники захворюваності на рак шийки матки спостерігаються у Південній Африці (43,1 на 100 000 жінок), Східній Африці (40,1 на 100 000 жінок) та Меланезії (33,3 на 100 000 жінок). Натомість найнижчі показники зареєстровано в Австралії/Новій Зеландії (5,5 на 100 000 жінок) та Західній Азії (4,9 на 100 000 жінок). Такі відмінності значною мірою пояснюються

різним рівнем впровадження комплексних програм цервікального скринінгу [6].

Дослідження Дж. Лемп та співавторів, проведене у 55 країнах з низьким та середнім рівнем доходу, виявило, що лише 33,3% жінок віком від 30 до 49 років повідомили про проходження скринінгу раку шийки матки протягом життя. Медіана охоплення скринінгом по країнах становила 30,6%, варіюючи від 1,9% у Бангладеш до 92,1% в Уругваї. Результати засвідчують наявність значних диспропорцій у доступності профілактичних обстежень між країнами з різним економічним розвитком [30].

Оновлені рекомендації Американського товариства раку від 2020 року пропонують розпочинати первинний скринінг з використанням тестування на високоризикові типи вірусу папіломи людини (ВПЛ) у жінок віком 25 років, з інтервалом проведення кожні 5 років до досягнення 65-річного віку. Такі настанови ґрунтуються на доказах вищої чутливості ВПЛ-тестування у порівнянні з традиційною цитологією та більшою ефективністю щодо запобігання розвитку інвазивного раку шийки матки [17].

Міжнародне агентство з досліджень раку (IARC) підтримує рекомендації щодо використання ВПЛ-тестів як пріоритетного методу первинного скринінгу раку шийки матки в організованих програмах. В. Бувар та співавтори відзначають, що ВПЛ-тестування демонструє вищу чутливість порівняно з цитологічним дослідженням при виявленні передракових уражень високого ступеня, забезпечуючи кращий негативний прогностичний показник та дозволяючи подовжити міжскринінгові інтервали [11]. На Таблиці 1.1 представлено порівняння методів цервікального скринінгу за діагностичною точністю та економічною ефективністю.

Таблиця 1.1 Порівняння методів цервікального скринінгу за діагностичною точністю та економічною ефективністю

Метод скринінгу	**Чутливість (%)**	**Специфічність (%)**	**Вартість**	**Міжскринінговий інтервал (роки)**

ВПЛ-тестування	94-97	86-94	Середня-висока	5
Цитологічне дослідження (Pap-тест)	55-80	85-95	Низька-середня	3
Ко-тестування (ВПЛ+цитологія)	98-99	80-85	Висока	5
Візуальна інспекція з оцтовою кислотою	50-85	70-85	Низька	1-3

З розвитком нових технологій та розширенням знань про етіопатогенез цервікальних неоплазій відбувається еволюція підходів до цервікального скринінгу. Н. Бхатла та С. Сінгхал проаналізували результати рандомізованих контрольованих досліджень, які продемонстрували, що первинне ВПЛ-тестування забезпечує покращений захист від інвазивного раку шийки матки порівняно з цитологічним скринінгом. Автори відзначають, що впровадження ВПЛ-орієнтованих стратегій скринінгу може потенційно запобігти 12-16% додаткових випадків раку у порівнянні з традиційним цитологічним підходом [9].

Застосування рідинної цитології значно покращило якість цитологічних препаратів та знизило частоту незадовільних результатів. А. Хашмі та співавтори провели порівняльне дослідження рідинної цитології та традиційного методу Папаніколау для скринінгу раку шийки матки, визначивши, що рідинна цитологія демонструє вищу чутливість (89,2% проти 77,8%) та меншу кількість незадовільних результатів (1,2% проти 4,7%). Окрім того, використання рідинної цитології дозволяє проводити додаткове тестування на ВПЛ з того ж зразка матеріалу [20].

ВПЛ-орієнтований скринінг демонструє значні переваги у виявленні передракових уражень високого ступеня. Дослідження, проведене М. Демарко та співавторами, засвідчило, що негативний результат ВПЛ-тесту забезпечує довготривалий захисний ефект завдяки високому негативному прогностичному значенню. Аналіз природного перебігу ВПЛ-інфекції показав, що ризик розвитку цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 3

ступеня (CIN3+) протягом 5 років після негативного ВПЛ-тесту становить лише 0,12%, що підтверджує доцільність подовження міжскринінгових інтервалів [15].

Впровадження ризик-орієнтованого підходу до ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу дозволяє персоналізувати стратегії подальшого спостереження. Р. Перкінс та співавтори розробили консенсусні рекомендації ASCCP 2019 року, які базуються на оцінці індивідуального ризику розвитку CIN3+ та раку шийки матки. Ризик-орієнтований підхід враховує поточні результати тестування, анамнез попередніх обстежень та вік пацієнтки для визначення оптимальної тактики ведення [40]. Молекулярно-генетичне типування ВПЛ набуває все більшого значення у стратегіях цервікального скринінгу. Поширеність різних генотипів ВПЛ суттєво варіює залежно від географічного регіону та вакцинального статусу населення. Л. Льюїс та співавтори оцінили поширеність та захворюваність, асоційовану з типами ВПЛ, у США, виявивши, що найпоширенішими високоризиковими типами ВПЛ є 16, 18, 31, 52 та 58. Такі дані мають важливе значення для розробки стратегій профілактики та скринінгу [31].

Розширення генотипування ВПЛ у клінічній практиці вдосконалює диференційний підхід до ведення пацієнток. Д. Пруські та співавтори дослідили клінічне застосування тесту Onclarity з розширеним генотипуванням та фенотипуванням ВПЛ у пацієнток із підозрою на інтраепітеліальні ураження. Результати продемонстрували, що розширене генотипування дозволяє більш точно стратифікувати ризик та оптимізувати тактику ведення пацієнток [42].

Пандемія COVID-19 справила істотний вплив на програми цервікального скринінгу в усьому світі. Дослідження, проведене Й. Ма та співавторами у східному Китаї, виявило зміни в поширеності та розподілі генотипів ВПЛ під час пандемії. Автори відзначають, що загальна поширеність ВПЛ-інфекції збільшилася з 16,45% до пандемії до 18,75% під час пандемії, при цьому спостерігалися зміни у відносній частоті окремих генотипів. Такі зміни

можуть мати довгострокові наслідки для ефективності скринінгових програм [33].

Самостійний забір зразків для ВПЛ-тестування розглядається як перспективний підхід до подолання бар'єрів доступу до скринінгу. С. Малоун та співавтори провели систематичний огляд досліджень економічної ефективності самостійного забору зразків для ВПЛ-тестування, який засвідчив, що така стратегія є економічно обґрунтованою в більшості контекстів. Самостійний забір зразків дозволяє збільшити охоплення скринінгом жінок, які за різних причин не відвідують медичні заклади для проходження регулярних обстежень [34].

Впровадження скринінгових програм із застосуванням ВПЛ-тестування продемонструвало значні успіхи у реальних умовах. Й. Жао та співавтори оцінили ефективність первинного скринінгу з використанням тесту на високоризикові типи ВПЛ у національній програмі скринінгу раку шийки матки в Китаї. Дослідження охопило понад 3,5 мільйона жінок та виявило, що ВПЛ-орієнтований скринінг забезпечує вищу виявляємість передракових уражень та раку шийки матки порівняно з цитологічним скринінгом, особливо у сільській місцевості [60].

Економічна ефективність скринінгових стратегій залишається важливим аспектом при плануванні національних програм. Х. Жао та співавтори розробили модель економічної ефективності стратегії «скринінг-та-лікування» з використанням ВПЛ-тесту та термічної абляції для профілактики раку шийки матки в Китаї. Результати моделювання показали, що така стратегія є високоефективною з економічної точки зору, дозволяючи запобігти значній кількості випадків раку шийки матки та смертей при порівняно низьких витратах [59].

Ко-тестування (одночасне проведення цитологічного дослідження та ВПЛ-тесту) залишається одним із підходів до скринінгу в деяких країнах. Р. Ланді та співавтори оцінили абсолютні ризики розвитку передраку шийки матки серед жінок, які відповідають існуючим рекомендаціям щодо ко-

тестування. Дослідження продемонструвало, що п'ятирічний ризик розвитку CIN3+ після негативних результатів ко-тестування становить лише 0,034%, що підтверджує безпечність подовження міжскринінгових інтервалів до 5 років [29].

Економічний аналіз різних стратегій скринінгу, проведений Х. Джин та співавторами, виявив, що первинне ВПЛ-тестування кожні 5 років є найбільш економічно ефективною стратегією для жінок віком від 30 років. У порівнянні з цитологічним скринінгом кожні 3 роки та ко-тестуванням кожні 5 років, первинне ВПЛ-тестування забезпечує оптимальний баланс між витратами та запобіганням виникненню раку шийки матки [23]. Використання альтернативних біомаркерів для вдосконалення цервікального скринінгу активно досліджується. М. Поляк та співавтори проаналізували можливості тестування на ВПЛ у зразках сечі, крові та оральних зразках. Автори відзначають, що виявлення ВПЛ у сечі потенційно можна використовувати як неінвазивний метод скринінгу, особливо для жінок, які не мають доступу до традиційних медичних послуг [41].

Молекулярні тести на основі виявлення онкогенної експресії вірусних генів E6/E7 розглядаються як перспективний підхід до підвищення специфічності скринінгу. Й. Сонг та співавтори оцінили ефективність комбінованого застосування тесту на мРНК ВПЛ E6/E7 та цитологічного дослідження для діагностики резидуального/рецидивного захворювання після процедури петльової електроексцизії у пацієнток з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією. Результати показали, що такий комбінований підхід забезпечує вищу чутливість (92,3%) та специфічність (85,7%) порівняно з окремим застосуванням цитології або ВПЛ-ДНК тестів [47].

Вакцинація проти ВПЛ залишається важливим компонентом комплексної стратегії профілактики раку шийки матки. К. Кечагіас та співавтори провели систематичний огляд та мета-аналіз ролі вакцинації проти ВПЛ у зниженні ризику інфікування ВПЛ та рецидиву ВПЛ-асоційованих захворювань після локального хірургічного лікування. Результати показали, що вакцинація після

хірургічного лікування знижує ризик рецидиву ВПЛ-інфекції та ВПЛ-асоційованих уражень на 57% та 74% відповідно [26]. Потенційний терапевтичний ефект профілактичних вакцин проти ВПЛ у жінок з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією досліджували М. Карімі-Зарчі та співавтори в рандомізованому дослідженні, яке показало, що квадривалентна вакцина забезпечує підвищення частоти регресії уражень середнього та високого ступеня порівняно з плацебо. Автори пропонують розглядати вакцинацію як потенційний ад'ювантний метод лікування передракових уражень шийки матки [25]. Роль інноваційних терапевтичних підходів до лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій високого ступеня вивчали Н. Хендрікс та співавтори. Дослідники оцінили ефективність топічного застосування іміквімоду у нерандомізованому багатоцентровому дослідженні, виявивши, що така терапія забезпечує гістологічну регресію до LSIL або норми у 60% пацієнток з HSIL, пропонуючи неінвазивну альтернативу традиційним хірургічним методам лікування [22].

За даними ВООЗ, термічна абляція є ефективним та безпечним методом лікування цервікальних передракових уражень, особливо у контексті підходу «скринінг-та-лікування» в умовах обмежених ресурсів. Настанови ВООЗ щодо використання термічної абляції для лікування цервікальних передракових уражень підкреслюють, що ця методика може бути успішно впроваджена медичними працівниками середньої ланки після відповідного навчання, що сприяє розширенню доступу до лікування [57].

М. Варон та співавтори оцінили результати впровадження комплексної програми покращення лікування передракових уражень шийки матки в долині Ріо-Гранде у Техасі. Програма включала навчання медичних працівників, підвищення обізнаності населення та створення комплексної системи направлень, що дозволило збільшити частку пацієнток, які отримали належне лікування передракових уражень шийки матки з 45% до 90% [51].

Вплив лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій на репродуктивне здоров'я залишається важливим аспектом при виборі методу

лікування. А. Атанасіу та співавтори провели систематичний огляд та мережевий мета-аналіз порівняльної ефективності та ризику передчасних пологів після локальних методів лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії та раку шийки матки стадії IA1. Результати показали, що ексцизійні методи, особливо конізація холодним ножем та петльова ексцизія трансформаційної зони глибиною >10-14 мм, асоціюються з підвищеним ризиком передчасних пологів [8].

В. Хе та співавтори дослідили наслідки вагітності у жінок з діагностованою цервікальною інтраепітеліальною неоплазією 3 ступеня в анамнезі у національному когортному дослідженні з дизайном порівняння сестер. Автори виявили, що як діагноз CIN3, так і його лікування асоціювалися з підвищеним ризиком передчасних пологів [21].

Дослідження впливу лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій на фертильність, проведене Л. Вайз та співавторами, показало, що абляційні методи лікування (кріотерапія та лазерна вапоризація) не асоціюються зі зниженням фертильності, тоді як ексцизійні методи можуть мати незначний вплив на фертильність, особливо при видаленні більшого об'єму тканини. Автори рекомендують враховувати ці дані при виборі методу лікування у жінок репродуктивного віку [54].

І. Калліала та співавтори провели систематичний огляд та мета-аналіз захворюваності та смертності від раку шийки матки та інших злоякісних новоутворень після лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. Результати показали, що жінки, які отримували лікування з приводу CIN, мають підвищений ризик розвитку раку шийки матки, вульви та піхви, а також раніше ніж у загальній популяції, навіть через 20 років після лікування. Такі дані підкреслюють необхідність тривалого спостереження за такими пацієнтками [24].

Удосконалення моделей надання медичної допомоги, зокрема впровадження медсестринських сервісів, може сприяти підвищенню ефективності програм цервікального скринінгу. К. Девіс та співавтори

провели кількісний систематичний огляд ефективності медсестринських послуг для людей з хронічними захворюваннями в досягненні безперервності медичної допомоги на рівні взаємодії первинної та вторинної ланок охорони здоров'я. Результати показали, що залучення медичних сестер забезпечує покращення показників безперервності допомоги, задоволеності пацієнтів та якості життя [14].

Розробка національних програм скринінгу раку шийки матки вимагає врахування локальних епідеміологічних показників, наявних ресурсів та особливостей системи охорони здоров'я. Впровадження організованих програм скринінгу з чіткими алгоритмами, системами запрошення та відстеження, а також контролем якості демонструє значно вищу ефективність порівняно з опортуністичним скринінгом. Досвід країн із низьким рівнем захворюваності на рак шийки матки доводить, що систематичний підхід до організації скринінгу забезпечує більш рівномірне охоплення цільової популяції та ефективніше використання ресурсів [55].

Удосконалення підходів до управління та моніторингу програм скринінгу потребує створення єдиних національних реєстрів. Такі реєстри дозволяють відстежувати охоплення скринінгом, результати обстежень, своєчасність та повноту подальшого ведення пацієнток з аномальними результатами, а також оцінювати довгострокові наслідки різних стратегій скринінгу. Інтеграція електронних систем обліку та нагадувань значно підвищує ефективність програм скринінгу, забезпечуючи своєчасне інформування жінок про необхідність проходження регулярних обстежень [18].

Впровадження цифрових технологій суттєво розширює можливості цервікального скринінгу, особливо в регіонах з обмеженим доступом до спеціалізованої медичної допомоги. Використання технологій штучного інтелекту для аналізу цитологічних препаратів та кольпоскопічних зображень дозволяє підвищити точність діагностики та знизити залежність від наявності висококваліфікованих спеціалістів. Системи підтримки прийняття клінічних рішень на основі алгоритмів машинного навчання демонструють високу

чутливість та специфічність при виявленні патологічних змін шийки матки, що сприяє стандартизації процесу діагностики та підвищенню його відтворюваності [52].

Телемедичні технології відкривають нові перспективи для забезпечення доступу до цервікального скринінгу в віддалених та сільських регіонах. Можливість дистанційної консультації з експертами, передача цифрових зображень для оцінки, а також організація виїзних скринінгових програм з використанням портативного обладнання дозволяють подолати географічні бар'єри та забезпечити рівний доступ до якісного скринінгу для всіх жінок незалежно від місця проживання. Інтеграція мобільних додатків для нагадування про проходження скринінгу та відстеження результатів сприяє підвищенню прихильності жінок до регулярного обстеження [43].

Диференційований підхід до скринінгу з урахуванням індивідуального ризику розвитку раку шийки матки набуває все більшого значення. Стратифікація жінок за групами ризику на основі вакцинального статусу, результатів попередніх обстежень, наявності супутніх факторів ризику та генетичної схильності дозволяє оптимізувати скринінгові протоколи, зосереджуючи більше ресурсів на спостереженні за жінками з високим ризиком та зменшуючи інтенсивність скринінгу для жінок з низьким ризиком. Такий підхід забезпечує баланс між максимальною ефективністю раннього виявлення патології та мінімізацією ризиків надмірного втручання та неефективного використання ресурсів [40].

Особливу увагу слід приділяти подоланню соціокультурних бар'єрів доступу до цервікального скринінгу. Культурні переконання, стигматизація, страх перед обстеженням, низька обізнаність про важливість скринінгу, а також фінансові обмеження залишаються значними перешкодами для участі жінок у програмах скринінгу в багатьох регіонах світу. Розробка адаптованих освітніх матеріалів з урахуванням культурних особливостей цільової аудиторії, залучення місцевих лідерів думок та громадських організацій, а

також забезпечення конфіденційності та комфортних умов обстеження сприяють підвищенню прихильності жінок до скринінгу [28].

Проведення скринінгу в інтегрованих моделях надання медичної допомоги демонструє вищу ефективність. Поєднання скринінгу раку шийки матки з іншими профілактичними послугами, такими як скринінг раку молочної залози, консультування з питань планування сім'ї, виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, та інших хронічних захворювань, дозволяє оптимізувати використання ресурсів та збільшити охоплення цільової популяції. Взаємодія між різними рівнями медичної допомоги, чіткі алгоритми направлення пацієнток та зворотного зв'язку забезпечують безперервність спостереження та своєчасне надання необхідного лікування [3].

Підготовка та постійне вдосконалення кваліфікації медичного персоналу залишається критично важливим аспектом ефективних програм скринінгу. Розробка стандартизованих навчальних програм для медичних працівників різних рівнів з питань отримання адекватних зразків для цитологічного дослідження, інтерпретації результатів, проведення кольпоскопії та виконання лікувальних процедур сприяє підвищенню якості скринінгу та мінімізації ризиків хибнонегативних результатів. Регулярна оцінка компетентності персоналу, аудит результатів та зворотний зв'язок дозволяють підтримувати високі стандарти надання медичної допомоги [4].

Модифікація скринінгових підходів у вакцинованій популяції становить актуальне питання для країн з високим охопленням вакцинацією проти ВПЛ. Зниження поширеності інфікування високоонкогенними типами ВПЛ у вакцинованих жінок змінює прогностичну цінність існуючих скринінгових тестів, що потребує перегляду протоколів скринінгу. Збільшення міжскринінгових інтервалів, перехід від цитологічного скринінгу до первинного ВПЛ-тестування, а також підвищення віку початку скринінгу розглядаються як потенційні стратегії адаптації скринінгових програм у постраквінаційну еру [32].

Інтеграція розширеного генотипування ВПЛ у скринінгові програми дозволяє оптимізувати подальше ведення пацієнток. Визначення конкретних генотипів ВПЛ, особливо типів 16 та 18, які асоціюються з найвищим ризиком розвитку раку шийки матки, забезпечує більш точну стратифікацію ризику та персоналізацію тактики спостереження. Алгоритми ведення пацієнток з урахуванням результатів генотипування ВПЛ дозволяють ідентифікувати жінок, які потребують невідкладного направлення на кольпоскопію, та тих, для кого достатньо короткострокового спостереження з повторним тестуванням [39].

Використання молекулярних біомаркерів, таких як експресія білків p16/Ki-67, метилювання ДНК та вірусне навантаження, розглядається як перспективний напрям удосконалення цервікального скринінгу. Дослідження демонструють, що додавання таких біомаркерів до традиційних методів скринінгу значно підвищує точність виявлення клінічно значущих уражень та дозволяє уникнути непотрібних діагностичних та лікувальних процедур у жінок з транзиторною ВПЛ-інфекцією. Впровадження комбінованих тестів, які одночасно визначають наявність ВПЛ та експресію клітинних біомаркерів, забезпечує оптимальний баланс між чутливістю та специфічністю скринінгу [16].

Для забезпечення якості скринінгових програм необхідне впровадження систем контролю якості на всіх етапах скринінгового процесу. Регулярний аудит лабораторних показників, таких як частота виявлення патології, співвідношення результатів різних категорій, частота незадовільних зразків, а також кореляція цитологічних та гістологічних результатів, дозволяє ідентифікувати потенційні проблеми та своєчасно вжити коригувальних заходів. Забезпечення участі лабораторій у програмах зовнішнього контролю якості та міжлабораторних порівняннях сприяє стандартизації інтерпретації результатів та підвищенню діагностичної точності [36].

Значний потенціал для підвищення ефективності цервікального скринінгу має залучення медичних сестер до активної участі у скринінговому

процесі. Медичні сестри можуть відігравати ключову роль у забезпеченні освіти пацієнток, отриманні зразків для цитологічного дослідження, проведенні первинної кольпоскопії, виконанні термічної абляції передракових уражень та забезпеченні подальшого спостереження. Розширення повноважень медичних сестер з відповідною підготовкою дозволяє подолати дефіцит спеціалізованих кадрів, особливо в умовах обмежених ресурсів та в регіонах з низькою доступністю лікарів-спеціалістів [51].

Відомо, що мікробіом піхви може впливати на розвиток та прогресування ВПЛ-інфекції та цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. Дисбіоз вагінальної мікрофлори, зокрема зниження кількості лактобактерій та збільшення різноманітності анаеробних мікроорганізмів, асоціюється з підвищеним ризиком персистенції ВПЛ-інфекції та розвитку передракових уражень. Інтеграція оцінки вагінального мікробіому в скринінгові програми може потенційно покращити стратифікацію ризику та відкрити нові можливості для профілактики раку шийки матки через модифікацію мікробіому [19]. Також слід зазначити, що коінфекція Chlamydia trachomatis та ВПЛ підвищує ризик розвитку цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. Механізми такого синергічного ефекту включають індукцію хронічного запалення, пошкодження епітелію, імунну супресію та епігенетичні модифікації, які сприяють інтеграції вірусної ДНК у геном клітини-хазяїна. Включення тестування на Chlamydia trachomatis та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, у комплексні програми цервікального скринінгу може підвищити ефективність виявлення жінок з підвищеним ризиком розвитку раку шийки матки та забезпечити своєчасне лікування коінфекцій [19].

Взаємозв'язок між цервікальними інтраепітеліальними неоплазіями та безпліддям привертає увагу дослідників. Наявність цервікальних аномалій може бути пов'язана з безпліддям через кілька механізмів, включаючи зміни цервікального слизу, хронічне запалення, а також спільні фактори ризику, такі як інфекції, що передаються статевим шляхом, та імунні порушення.

Підвищена увага до скринінгу раку шийки матки у жінок, які проходять обстеження та лікування з приводу безпліддя, може сприяти своєчасному виявленню та лікуванню передракових уражень [7].

Питання ведення жінок з аденокарциномою in situ (AIS) вимагає особливої уваги через підвищений ризик прихованої інвазії та складність досягнення чистих країв резекції. Згідно з рекомендаціями Товариства гінекологічної онкології, жінкам з діагнозом AIS, які завершили репродуктивні плани, слід пропонувати гістеректомію як дефінітивне лікування. Для жінок, які бажають зберегти фертильність, можливе виконання ексцизійних процедур з ретельним подальшим спостереженням, яке включає цитологічне дослідження, ВПЛ-тестування та кольпоскопію кожні 6 місяців протягом мінімум 3 років [49].

Молекулярні механізми канцерогенезу, опосередкованого ВПЛ, включають експресію вірусних онкопротеїнів E6 та E7, які взаємодіють з клітинними білками-супресорами пухлин p53 та pRB, порушуючи регуляцію клітинного циклу та апоптозу. Крім того, онкопротеїни E6 та E7 впливають на численні сигнальні шляхи, включаючи Wnt/β-катенін, PI3K/Akt/mTOR, MAPK та Notch, сприяючи проліферації, інвазії та метастазуванню трансформованих клітин. Розуміння цих механізмів відкриває перспективи для розробки таргетних терапевтичних підходів та нових біомаркерів для раннього виявлення клінічно значущих уражень [38].

Епігенетичні модифікації відіграють значну роль у патогенезі раку шийки матки. Метилювання ДНК, модифікації гістонів та зміни експресії некодуючих РНК під впливом ВПЛ-інфекції сприяють трансформації нормальних клітин у пухлинні. Сигнальний шлях MALAT1-ALKBH5 залучений до механізмів проліферації та метастазування ВПЛ-позитивного раку шийки матки, що робить його потенційною мішенню для терапевтичного втручання та біомаркером для прогнозування перебігу захворювання [58].

Імунологічні аспекти ВПЛ-інфекції та цервікального канцерогенезу становлять важливий напрям досліджень. Ефективність імунної відповіді на

ВПЛ-інфекцію визначає клінічний перебіг та ймовірність регресії чи прогресування цервікальних уражень. Використання терапевтичних вакцин, які стимулюють імунну відповідь проти клітин, інфікованих ВПЛ, демонструє перспективні результати. Ц. Меліф та співавтори виявили, що сильні вакцинні реакції під час хіміотерапії асоціюються з покращенням виживаності пацієнток з раком шийки матки, що підкреслює потенціал комбінованого застосування імунотерапії та стандартних методів лікування [37].

Адаптація скринінгових програм до локального контексту вимагає врахування епідеміологічних, ресурсних та соціокультурних особливостей кожного регіону. Підхід «єдиного розміру для всіх» не забезпечує оптимальних результатів, особливо в умовах обмежених ресурсів. Впровадження поетапних стратегій з урахуванням наявних можливостей та поступовим розширенням програми в міру накопичення досвіду та ресурсів дозволяє досягти максимальної ефективності скринінгу в різних контекстах. Гнучкість у виборі методів скринінгу, вікових груп та міжскринінгових інтервалів з урахуванням локальних особливостей забезпечує оптимальний баланс між охопленням цільової популяції та ефективним використанням обмежених ресурсів [60].

Поширення інформації про важливість регулярного скринінгу та формування громадської думки щодо приорітетності профілактики раку шийки матки потребує активної участі засобів масової інформації, громадських організацій та медичних працівників. Розробка та реалізація комплексних комунікаційних стратегій з використанням різних каналів комунікації, адаптованих до потреб та особливостей цільової аудиторії, сприяє підвищенню обізнаності населення та формуванню відповідальної поведінки щодо здоров'я. Залучення лідерів думок, відомих особистостей та громадських активістів до кампаній з популяризації цервікального скринінгу допомагає подолати стигматизацію та забезпечити широку підтримку скринінгових програм [12].

Моніторинг та оцінка ефективності скринінгових програм потребують визначення чітких індикаторів та регулярного збору даних для відстеження прогресу та виявлення проблемних аспектів. Ключові показники ефективності скринінгу включають охоплення цільової популяції, частоту виявлення передракових уражень та раку шийки матки, співвідношення різних категорій аномальних результатів, своєчасність та повноту подальшого обстеження та лікування жінок з аномальними результатами, а також довгострокові тенденції захворюваності та смертності від раку шийки матки. Регулярний аналіз цих показників дозволяє оцінити вплив скринінгової програми на громадське здоров'я та ідентифікувати напрями для вдосконалення [44].

Дотримання етичних принципів при організації та проведенні скринінгових програм має першочергове значення. Забезпечення добровільної інформованої згоди, конфіденційності та приватності, рівного доступу до скринінгу та подальшого лікування, а також балансу між потенційною користю та шкодою є невід'ємними компонентами етично обґрунтованих програм скринінгу. Особлива увага має приділятися забезпеченню рівного доступу до скринінгу для вразливих груп населення, таких як жінки з низьким соціально-економічним статусом, жінки з обмеженими можливостями, мігранти та етнічні меншини [55].

Досвід впровадження скринінгових програм у різних країнах демонструє, що успішні програми характеризуються чіткою організаційною структурою, надійним фінансуванням, стандартизованими протоколами, ефективними системами забезпечення якості, а також інтеграцією з іншими послугами охорони здоров'я. Координація діяльності всіх залучених сторін, включаючи органи управління охороною здоров'я, медичні заклади різних рівнів, лабораторії, пацієнтські організації та науково-дослідні установи, сприяє оптимізації ресурсів та забезпеченню безперервності та наступності догляду [45].

Перспективи вдосконалення цервікального скринінгу пов'язані з розвитком молекулярно-генетичних технологій, впровадженням систем

штучного інтелекту для аналізу цитологічних та кольпоскопічних зображень, розширенням використання самостійного забору зразків, а також інтеграцією скринінгу з програмами вакцинації проти ВПЛ. Постійний моніторинг нових наукових даних та технологічних досягнень, а також гнучка адаптація скринінгових програм відповідно до змін у епідеміологічній ситуації, доказової бази та доступних ресурсів забезпечують оптимальну ефективність скринінгу в довгостроковій перспективі.

1.2. Основні функції та компетенції медичної сестри в організації та проведенні цервікального скринінгу

Медична сестра відіграє фундаментальну роль у системі проведення цервікального скринінгу, виступаючи зв'язуючою ланкою між пацієнткою та лікарем і забезпечуючи безперервність надання медичної допомоги. Функціональні обов'язки медичної сестри в контексті цервікального скринінгу охоплюють широкий спектр завдань, починаючи від організаційних аспектів та освітньої роботи з пацієнтками до безпосередньої участі в діагностичних та лікувальних процедурах. Багатогранність професійної діяльності медичної сестри вимагає відповідного рівня компетентності, постійного вдосконалення знань та навичок, а також дотримання етичних принципів при взаємодії з пацієнтками [5].

Організаційно-управлінська функція медичної сестри передбачає участь у плануванні та координації роботи кабінету цервікального скринінгу. Ця діяльність включає розробку графіків прийому пацієнток, ведення медичної документації, формування та підтримку баз даних, забезпечення належних умов для проведення обстеження, контроль наявності необхідного обладнання та витратних матеріалів. Ефективна організація робочого процесу дозволяє оптимізувати використання ресурсів, збільшити пропускну здатність кабінету та мінімізувати час очікування пацієнток, що суттєво впливає на доступність скринінгових послуг [1].

Важливим аспектом діяльності медичної сестри є рекрутинг жінок для участі у програмах цервікального скринінгу. Медична сестра активно залучає жінок до скринінгу шляхом надсилання запрошень, здійснення телефонних дзвінків, проведення інформаційних заходів у громаді.

Персоналізований підхід до рекрутингу, який враховує індивідуальні потреби та обставини кожної жінки, дозволяє значно підвищити рівень участі у скринінгових програмах. Особлива увага приділяється залученню жінок з вразливих груп населення, які традиційно демонструють нижчі показники охоплення скринінгом, зокрема жінок з низьким соціально-економічним статусом, сільських мешканок, представниць етнічних меншин та жінок з обмеженими можливостями [56].

Інформаційно-освітня діяльність медичної сестри становить невід'ємну складову ефективних програм цервікального скринінгу. Роз'яснення жінкам мети та процедури скринінгу, інформування про фактори ризику розвитку раку шийки матки, навчання методам самодогляду та профілактики, а також мотивування до регулярного проходження обстежень сприяють формуванню відповідальної поведінки щодо збереження репродуктивного здоров'я. Використання різноманітних форм та методів освітньої роботи, таких як індивідуальні консультації, групові заняття, розповсюдження друкованих матеріалів та використання цифрових ресурсів, дозволяє досягти максимального охоплення цільової аудиторії та забезпечити ефективне засвоєння інформації [3].

Медичні сестри відіграють ключову роль у подоланні бар'єрів, які перешкоджають участі жінок у програмах цервікального скринінгу. Страх перед процедурою, сором'язливість, культурні табу, низька обізнаність про важливість профілактичних обстежень, обмежений доступ до медичних закладів та фінансові обмеження часто стають причинами ухилення жінок від скринінгу. Медична сестра допомагає пацієнткам подолати ці бар'єри шляхом створення комфортної та конфіденційної атмосфери під час обстеження, надання емоційної підтримки, роз'яснення процедури та її значення, а також

допомоги у вирішенні логістичних питань, пов'язаних з доступом до скринінгових послуг [44].

Процес збору анамнезу та оцінка факторів ризику розвитку раку шийки матки належать до важливих функціональних обов'язків медичної сестри. Ретельне опитування пацієнтки щодо наявності факторів ризику, таких як ранній початок статевого життя, велика кількість статевих партнерів, куріння, імуносупресія, застосування оральних контрацептивів, наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також сімейний анамнез онкологічних захворювань, дозволяє виявити жінок з підвищеним ризиком розвитку цервікальних неоплазій. Документування зібраної інформації та її належна інтерпретація сприяють персоналізації підходу до скринінгу та подальшого спостереження за пацієнткою [27]. У багатьох країнах світу медичні сестри зі спеціальною підготовкою беруть безпосередню участь у проведенні скринінгових процедур. Техніка отримання цитологічного матеріалу з шийки матки вимагає відповідних навичок та дотримання певного алгоритму дій для забезпечення адекватності зразка. Правильне позиціонування пацієнтки, вибір відповідних інструментів, належна техніка взяття матеріалу з усієї зони трансформації, а також правильна фіксація та маркування зразка є критично важливими для отримання достовірних результатів цитологічного дослідження. Дотримання асептичних умов під час процедури та забезпечення комфорту пацієнтки сприяють формуванню позитивного досвіду та підвищенню ймовірності її участі у подальших скринінгових обстеженнях [20].

Інноваційні підходи до цервікального скринінгу, зокрема самостійний забір зразків для ВПЛ-тестування, розширюють функціональні можливості медичних сестер у програмах скринінгу. Медична сестра забезпечує надання жінкам детальних інструкцій щодо процедури самостійного забору зразків, демонстрацію техніки, а також роз'яснення подальших кроків у разі отримання позитивного результату тесту. Такий підхід особливо актуальний для підвищення охоплення скринінгом у регіонах з обмеженим доступом до

медичних закладів, а також для жінок, які з культурних чи особистих причин уникають гінекологічних обстежень [34].

Інтерпретація результатів скринінгових тестів та комунікація з пацієнтками щодо отриманих результатів становлять важливу складову компетенцій медичної сестри. Медична сестра повинна володіти достатніми знаннями для розуміння різних категорій цитологічних результатів, значення результатів ВПЛ-тестування та імплікацій для подальшого ведення пацієнтки. Адекватне інформування жінок про результати скринінгу, роз'яснення їх значення та рекомендацій щодо подальших дій, а також емоційна підтримка у разі виявлення патологічних змін сприяють зниженню тривожності та підвищують прихильність до подальшого обстеження та лікування [16].

Роль медичної сестри у забезпеченні подальшого спостереження за пацієнтками з аномальними результатами скринінгу є критично важливою для ефективності програм цервікального скринінгу. Організація своєчасного додаткового обстеження, нагадування про необхідність повторних візитів, відстеження виконання рекомендацій лікаря, а також підтримка прихильності до лікування та спостереження запобігають випадінню пацієнток з подальшого спостереження та забезпечують безперервність надання медичної допомоги. Систематичне відстеження результатів та активний пошук пацієнток, які не з'явилися на заплановані візити, значно підвищують ефективність скринінгових програм у запобіганні розвитку інвазивного раку шийки матки [39].

Кольпоскопічне обстеження є важливим етапом діагностики цервікальних неоплазій, і медична сестра відіграє ключову роль у забезпеченні його якісного проведення. Підготовка обладнання та інструментарію, правильне позиціонування пацієнтки, асистування лікарю під час процедури, документування результатів, а у деяких країнах – самостійне проведення кольпоскопії медичними сестрами з відповідною підготовкою сприяють своєчасній та точній діагностиці патологічних змін шийки матки. Технічні аспекти роботи медичної сестри при проведенні кольпоскопії включають

забезпечення оптимальної візуалізації шийки матки, правильне нанесення розчинів для проведення проб з оцтовою кислотою та розчином Люголя, асистування при біопсії, а також належну обробку та маркування отриманого матеріалу [45].

Компетенції медичної сестри в галузі цервікального скринінгу охоплюють також участь у лікувальних процедурах при виявленні передракових уражень шийки матки. У багатьох країнах медичні сестри з відповідною підготовкою самостійно виконують термічну абляцію передракових уражень шийки матки, що є особливо актуальним для регіонів з обмеженими ресурсами та дефіцитом лікарів-спеціалістів. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, належним чином підготовлені медичні сестри можуть безпечно та ефективно виконувати термічну абляцію в рамках підходу «скринінг-та-лікування», що значно розширює доступність лікування передракових уражень шийки матки [57]. Забезпечення належної якості скринінгу вимагає від медичних сестер участі у програмах контролю якості та постійного вдосконалення. Моніторинг адекватності отриманих зразків, відстеження частоти виявлення патології, аналіз випадків хибнонегативних результатів, а також участь у розборі складних клінічних випадків дозволяють ідентифікувати проблемні аспекти та впроваджувати заходи з покращення якості скринінгу. Постійне оновлення знань та навичок відповідно до сучасних рекомендацій та досягнень у галузі цервікального скринінгу забезпечує підтримання високих стандартів професійної діяльності [19].

Дотримання етичних принципів та забезпечення захисту прав пацієнток становлять невід'ємну складову компетенцій медичної сестри в галузі цервікального скринінгу. Отримання інформованої згоди перед проведенням скринінгових процедур, забезпечення конфіденційності та приватності, повага до автономії пацієнтки та її права на прийняття рішень щодо власного здоров'я, а також чутливість до культурних та релігійних особливостей формують основу етичного підходу до надання медичної допомоги. Медична сестра має усвідомлювати потенційні етичні дилеми, які можуть виникати при

проведенні цервікального скринінгу, та володіти навичками їх вирішення з урахуванням інтересів пацієнтки [4]. Інформаційна підтримка програм скринінгу вимагає від медичних сестер компетенцій у галузі управління даними та використання інформаційних технологій. Ведення електронної документації, робота з базами даних, використання систем нагадування та моніторингу, а також навички аналізу та інтерпретації статистичних даних дозволяють медичним сестрам ефективно організовувати процес скринінгу та відстежувати його результати. Інтеграція цифрових технологій у програми цервікального скринінгу відкриває нові можливості для оптимізації робочих процесів та підвищення якості надання медичної допомоги [14].

Міждисциплінарна взаємодія та комунікація з іншими членами команди охорони здоров'я є важливими аспектами роботи медичної сестри в програмах цервікального скринінгу. Ефективна комунікація з лікарями різних спеціальностей, лабораторними працівниками, фахівцями з громадського здоров'я, а також представниками громадських організацій забезпечує координованість дій та безперервність надання медичної допомоги. Навички командної роботи, вміння чітко передавати інформацію, а також готовність до конструктивної співпраці сприяють підвищенню ефективності скринінгових програм [51].

Особливості компетенцій медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу з використанням різних методів вимагають специфічних знань та навичок. При цитологічному скринінгу медична сестра повинна володіти технікою отримання адекватного зразка з урахуванням анатомічних особливостей шийки матки, а також знати правила фіксації та транспортування матеріалу. При проведенні ВПЛ-тестування важливими є знання про різні типи тестів, правила збору та зберігання зразків, а також вміння інтерпретувати результати з урахуванням клінічних рекомендацій. Для візуальних методів скринінгу, таких як візуальна інспекція з оцтовою кислотою та розчином Люголя, необхідні навички розпізнавання патологічних змін та їх диференціації від нормальних варіантів [53]. Адаптація підходів до

скринінгу відповідно до особливостей конкретної пацієнтки вимагає від медичної сестри клінічного мислення та вміння приймати обґрунтовані рішення. Врахування віку пацієнтки, стану здоров'я, наявності супутніх захворювань, вакцинального статусу щодо ВПЛ, результатів попередніх обстежень, а також соціокультурних факторів дозволяє персоналізувати підхід до скринінгу та підвищити його ефективність. Гнучкість у виборі методів скринінгу, адаптація освітніх матеріалів та комунікативних стратегій, а також індивідуалізація підходу до спостереження та подальшого ведення забезпечують задоволення потреб кожної пацієнтки [43].

Психологічні аспекти взаємодії з пацієнтками під час цервікального скринінгу набувають особливого значення з огляду на інтимний характер процедури та потенційну тривожність, пов'язану з очікуванням результатів. Медична сестра повинна володіти навичками емпатичного спілкування, вміти розпізнавати та адекватно реагувати на емоційні стани пацієнтки, забезпечувати психологічний комфорт під час обстеження, а також надавати емоційну підтримку у разі виявлення патологічних змін. Психологічна підготовка пацієнтки до скринінгових процедур, зниження рівня тривожності та створення позитивного досвіду взаємодії з медичною системою сприяють формуванню довіри та підвищують ймовірність регулярного проходження скринінгу [2].

Специфічні компетенції медичної сестри у роботі з особливими групами населення передбачають врахування додаткових факторів, які можуть впливати на проведення скринінгу. При роботі з підлітками та молодими жінками важливими є навички комунікації з урахуванням вікових особливостей, забезпечення конфіденційності та створення дружнього середовища. Для вагітних жінок необхідні знання про особливості проведення скринінгу під час вагітності та тактику ведення у разі виявлення патологічних змін. При роботі з жінками у постменопаузі враховуються атрофічні зміни епітелію шийки матки та пов'язані з цим особливості забору матеріалу та інтерпретації результатів. Для жінок з обмеженими можливостями

забезпечується адаптація умов та процедур скринінгу відповідно до їхніх потреб [46].

Управління якістю скринінгових програм вимагає системного підходу та залучення медичних сестер до процесів його забезпечення. Участь у розробці та впровадженні стандартних операційних процедур, клінічних протоколів та алгоритмів, моніторинг ключових показників ефективності скринінгу, аналіз причин невідповідностей та розробка коригувальних заходів, а також постійне вдосконалення робочих процесів на основі зворотного зв'язку від пацієнток та персоналу становлять важливі аспекти управлінських компетенцій медичних сестер у галузі цервікального скринінгу [52].

Розвиток компетенцій медичних сестер у галузі цервікального скринінгу потребує створення ефективної системи підготовки та безперервного професійного розвитку. Базова підготовка з питань анатомії та фізіології жіночих статевих органів, патофізіології цервікальних неоплазій, методів скринінгу та діагностики, а також принципів профілактики та лікування передракових уражень шийки матки забезпечує формування фундаментальних знань. Спеціалізовані навчальні програми з отримання цитологічних зразків, проведення ВПЛ-тестування, виконання візуальної інспекції шийки матки, а також термічної абляції передракових уражень дозволяють розширити компетенції медичних сестер відповідно до потреб конкретних скринінгових програм [17].

Телемедичні технології відкривають нові можливості для участі медичних сестер у програмах цервікального скринінгу, особливо у віддалених та сільських регіонах. Медичні сестри можуть здійснювати дистанційне консультування жінок з питань скринінгу, забезпечувати нагадування про необхідність проходження обстеження, надавати інформаційну підтримку щодо результатів тестів та подальших дій, а також координувати процес направлення пацієнток до спеціалізованих центрів у разі виявлення патології. Використання мобільних додатків та інших цифрових інструментів розширює

можливості медичних сестер щодо забезпечення доступу до якісного скринінгу для всіх жінок незалежно від їх географічного розташування [11].

Роль медичної сестри у проведенні наукових досліджень у галузі цервікального скринінгу та впровадженні їх результатів у практику набуває все більшого значення. Участь у збиранні та аналізі даних, оцінці ефективності різних підходів до скринінгу, вивченні факторів, що впливають на прихильність жінок до скринінгу, а також дослідженні психосоціальних аспектів скринінгових програм дозволяє медичним сестрам робити внесок у розвиток доказової бази для оптимізації скринінгових стратегій. Навички критичної оцінки наукової літератури, впровадження результатів досліджень у практику, а також участь у розробці та впровадженні інновацій сприяють підвищенню якості та ефективності цервікального скринінгу [59].

Розширення повноважень медичних сестер у програмах цервікального скринінгу повинно супроводжуватися відповідними законодавчими та нормативними змінами, які визначають межі їх професійної діяльності та відповідальності. Розвиток спеціалізованих ролей медичних сестер, таких як медична сестра-спеціаліст з цервікального скринінгу чи медична сестра-консультант з питань жіночого здоров'я, дозволяє оптимізувати використання людських ресурсів у системі охорони здоров'я та забезпечити доступність якісних послуг цервікального скринінгу для всіх жінок. Реалізація таких розширених ролей вимагає відповідної освіти, сертифікації та системи контролю якості, які гарантують безпеку та ефективність надання медичної допомоги.

Висновки за розділом 1

1. Систематичний аналіз сучасних підходів до проведення цервікального скринінгу засвідчив еволюцію скринінгових стратегій від

традиційного цитологічного дослідження до молекулярно-генетичних методів діагностики ВПЛ-інфекції з одночасним впровадженням ризик-орієнтованих алгоритмів ведення пацієнток. Світовий досвід демонструє високу ефективність первинного ВПЛ-тестування у зниженні захворюваності та смертності від раку шийки матки, особливо при інтеграції скринінгових програм з вакцинацією проти ВПЛ та забезпеченням доступу до своєчасного лікування передракових уражень.

2. Значні відмінності у підходах до цервікального скринінгу спостерігаються між країнами з різним рівнем економічного розвитку, що обумовлено розбіжностями у наявних ресурсах, епідеміологічних особливостях, організації системи охорони здоров'я та соціокультурних факторах. Впровадження організованих програм скринінгу з чіткими алгоритмами, системами запрошення та відстеження, а також контролем якості демонструє значно вищу ефективність порівняно з опортуністичним скринінгом.

3. Медична сестра виконує багатогранну роль у системі цервікального скринінгу, забезпечуючи організаційну, інформаційно-освітню, клінічну та психологічну підтримку впродовж усього скринінгового процесу. Функціональні обов'язки медичної сестри охоплюють широкий спектр завдань від рекрутингу жінок та збору анамнезу до безпосередньої участі у діагностичних та лікувальних процедурах, а також забезпечення подальшого спостереження за пацієнтками з аномальними результатами скринінгу. Особлива увага приділяється ролі медичної сестри у подоланні бар'єрів доступу до скринінгу, таких як низька обізнаність, страх, соціокультурні чинники та логістичні перешкоди. Розширення повноважень медичних сестер у програмах цервікального скринінгу дозволяє підвищити доступність профілактичних послуг та ефективно використовувати обмежені кадрові ресурси системи охорони здоров'я.

4. Удосконалення компетенцій медичних сестер у галузі цервікального скринінгу вимагає комплексного підходу до їх підготовки та

безперервного професійного розвитку. Теоретична підготовка медичних сестер має охоплювати питання патофізіології цервікальних неоплазій, методів скринінгу та діагностики, принципів профілактики та лікування передракових уражень шийки матки, а також психосоціальних аспектів скринінгу.

5. Практична підготовка повинна включати відпрацювання техніки отримання цитологічних зразків, проведення ВПЛ-тестування, виконання візуальної інспекції шийки матки та, в окремих випадках, термічної абляції передракових уражень. Стандартизація процесів роботи медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу та впровадження систем контролю якості забезпечують стабільно високий рівень надання послуг та досягнення основної мети скринінгових програм. Досягнення оптимальної ефективності цервікального скринінгу потребує налагодження міждисциплінарної взаємодії та командного підходу до надання медичної допомоги. Медичні сестри, як невід'ємні члени цієї команди, повинні володіти навичками ефективної комунікації з іншими медичними працівниками, пацієнтками та громадою. Інтеграція цифрових технологій та телемедичних рішень у практику медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу відкриває нові можливості для подолання географічних бар'єрів та забезпечення доступу до якісного скринінгу для всіх жінок. Участь медичних сестер у наукових дослідженнях та впровадженні інновацій сприяє постійному вдосконаленню скринінгових програм та адаптації їх до змінних умов та потреб населення.

6. Розвиток спеціалізованих ролей медичних сестер, таких як медична сестра-спеціаліст з цервікального скринінгу чи медична сестра-консультант з питань жіночого здоров'я, відображає зростаюче визнання їх внеску у профілактику раку шийки матки. Законодавче закріплення розширених повноважень медичних сестер, створення системи їх сертифікації та забезпечення належного супервізійного супроводу є необхідними умовами для повноцінної реалізації потенціалу медичних сестер у програмах цервікального скринінгу. Впровадження оптимальної моделі діяльності

медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу дозволить підвищити ефективність та доступність профілактичних програм, що зрештою сприятиме зниженню захворюваності та смертності від раку шийки матки та наближенню до стратегічної мети ВООЗ – елімінації раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ

2.1. Методологія дослідження ролі медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу

Методологічний апарат наукового дослідження ролі медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу сформовано з урахуванням фундаментальних принципів доказової медицини та сучасних підходів до вивчення ефективності клінічних інтервенцій. Науково-дослідницький проєкт реалізовано протягом 2025 року на базі медичних закладів. Обрання саме трьох різних закладів охорони здоров'я здійснювалось з метою забезпечення географічної та інституційної репрезентативності вибірки, що дозволило охопити різноманітний досвід організації скринінгових програм та виявити регіональні особливості практичної реалізації цервікального скринінгу в Україні. Вибір часових рамок дослідження обумовлений необхідністю

отримання найактуальніших даних щодо організації та проведення цервікального скринінгу в умовах трансформації системи охорони здоров'я. Генеральна сукупність дослідження охоплювала медичних сестер, які задіяні у процедурах цервікального скринінгу та жінок репродуктивного віку, які мають досвід проходження або відмови від скринінгу.

Дослідницький дизайн базувався на комплексній стратегії із застосуванням змішаних методів (mixed methods research), що дозволило поєднати кількісний та якісний підходи для отримання всебічного розуміння досліджуваного феномену. Обрання змішаної методології обумовлювалось багатоаспектністю досліджуваної проблеми та необхідністю вивчення як об'єктивних показників ефективності діяльності медичних сестер, так і суб'єктивного досвіду учасників скринінгових програм. Кількісний компонент дослідження забезпечив можливість статистичної оцінки поширеності певних практик, виявлення закономірностей та встановлення кореляційних залежностей між різними аспектами сестринської діяльності. Натомість, якісний компонент дозволив розкрити глибинні механізми формування професійних практик медичних сестер, особливості їхньої комунікації з пацієнтками та контекстуальні фактори, що впливають на ефективність скринінгових програм. Застосування послідовного пояснювального дизайну (sequential explanatory design) передбачало спершу збір та аналіз кількісних даних, а потім проведення якісного дослідження для більш глибокого розуміння та інтерпретації отриманих статистичних результатів. Такий підхід дозволив не лише виявити загальні тенденції, але й пояснити механізми їх формування через призму індивідуального досвіду учасниць дослідження [2].

Вибір феноменологічно-герменевтичного підходу для якісної частини дослідження обумовлений необхідністю глибинного розуміння досвіду медичних сестер та пацієнток у контексті цервікального скринінгу. Феноменологічна перспектива надала можливість осягнути сутність переживань учасниць дослідження, а герменевтична інтерпретація дозволила розкрити латентні смисли висловлювань респонденток та подолати

обмеження первинного сприйняття даних. Феноменологічний аспект дослідження реалізовувався через зосередження на суб'єктивному досвіді учасниць, їхніх емоційних реакціях, особистісних сенсах та інтерпретаціях щодо участі у скринінгових програмах. Герменевтичний компонент забезпечив можливість контекстуального аналізу наративів, врахування культурних, соціальних та професійних факторів, що впливають на формування смислів та інтерпретацій. Теоретична основа інтерпретації отриманих наративів ґрунтувалась на концепції Поля Рікера, відповідно до якої аналіз рухався діалектично від поверхневої інтерпретації до глибинного розуміння. За Рікером, інтерпретація тексту передбачає перехід від наївного розуміння до критичного осмислення через структурний аналіз, що дозволяє розкрити приховані значення та смисли, які не усвідомлюються або не артикулюються безпосередньо учасниками дослідження [3].

Для формування дослідницької вибірки застосовано багатоступеневий підхід із використанням стратифікованої та цільової вибірки. Стратифікацію здійснено за критеріями географічного розташування закладів охорони здоров'я (різні регіони України), типу медичної установи (онкологічний центр, жіноча консультація, амбулаторна клініка) та рівня спеціалізації медичних сестер. Для кількісного компоненту дослідження застосовано стратифіковану випадкову вибірку з пропорційним розподілом учасниць між стратами, що забезпечило репрезентативність вибірки та можливість порівняння результатів між різними групами. Для якісного компоненту використано цільову вибірку з максимальною варіацією, що дозволило включити до дослідження учасниць з різноманітним досвідом та перспективами щодо цервікального скринінгу. Критерії включення для медичних сестер передбачали: 1) наявність професійної освіти за спеціальністю «Сестринська справа»; 2) досвід роботи у сфері жіночого здоров'я не менше одного року; 3) безпосередня участь у процедурах цервікального скринінгу. Критерії включення для пацієнток: 1) вік від 23 до 64 років (відповідно до рекомендацій щодо цервікального скринінгу); 2) наявність досвіду участі або відмови від

участі у програмах цервікального скринінгу; 3) відсутність діагностованого раку шийки матки в анамнезі. Загальний обсяг вибірки становив 83 особи, з яких 47 медичних сестер та 36 пацієнток. Детальну характеристику соціально-демографічних показників учасниць дослідження представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики учасниць дослідження (n=83)

Характеристика	**Медичні сестри (n=47)**		**Пацієнтки (n=36)**	
Вік (років)				
20-30	14	29,8%	9	25,0%
31-40	18	38,3%	12	33,3%
41-50	11	23,4%	10	27,8%
>50	4	8,5%	5	13,9%
Освіта				
Середня спеціальна	12	25,5%	-	-
Бакалавр	24	51,1%	15	41,7%
Магістр	11	23,4%	13	36,1%
Інше	-	-	8	22,2%
Досвід роботи в сфері цервікального скринінгу (для медсестер)				
<5 років	19	40,4%	-	-
5-10 років	16	34,0%	-	-
>10 років	12	25,6%	-	-
Досвід проходження скринінгу (для пацієнток)				
Регулярно проходять	-	-	17	47,2%
Нерегулярно проходять	-	-	11	30,6%
Відмовились від скринінгу	-	-	8	22,2%

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки медичних сестер демонструє переважання фахівців молодшого та середнього віку (68,1% у віковій категорії 20-40 років), що відображає загальну тенденцію вікової структури сестринського персоналу в Україні. Освітній рівень учасниць дослідження характеризується домінуванням бакалаврського ступеня (51,1%),

що свідчить про поступове підвищення освітніх вимог до представників сестринської професії. Розподіл за досвідом роботи у сфері цервікального скринінгу демонструє певну збалансованість вибірки з невеликим переважанням фахівців з досвідом до 5 років (40,4%), що дозволяє проводити порівняльний аналіз професійних практик медичних сестер з різним стажем роботи. Соціально-демографічний профіль пацієнток характеризується рівномірним розподілом за віковими категоріями з невеликим переважанням жінок у віці 31-40 років (33,3%). Освітній рівень пацієнток є достатньо високим, з переважанням вищої освіти (бакалавр – 41,7%, магістр – 36,1%), що може вплинути на результати дослідження, зокрема, на оцінку інформаційних потреб та задоволеності якістю комунікації з медичними працівниками. Досвід проходження скринінгу серед пацієнток варіюється, з переважанням регулярних учасниць скринінгових програм (47,2%), що забезпечує можливість отримання різноманітних перспектив щодо організації та проведення цервікального скринінгу.

Інструментарій дослідження складався з кількісних та якісних методів збору даних. Для кількісної оцінки діяльності медичних сестер розроблено анкету «Професійна компетентність медичних сестер у сфері цервікального скринінгу» (Коефіцієнт альфа Кронбаха = 0,87), яка включала 32 запитання, об'єднаних у п'ять тематичних блоків: 1) професійні знання щодо цервікального скринінгу; 2) практичні навички проведення процедури; 3) комунікативна компетентність та навички консультування; 4) організаційні аспекти роботи; 5) самооцінка ефективності. Розробка анкети здійснювалась на основі аналізу наукової літератури, актуальних клінічних протоколів та консультацій з експертами у галузі онкогінекології та медсестринства. Початкова версія анкети містила 45 запитань, які після пілотного тестування на групі з 12 медичних сестер було оптимізовано до 32 найбільш релевантних та інформативних пунктів. Валідність інструменту забезпечувалась експертною оцінкою п'яти фахівців у галузі онкогінекології та медсестринства, які оцінювали кожне запитання за критеріями релевантності,

зрозумілості та практичної значущості. Індекс валідності становив 0,92, що свідчить про високу змістовну валідність розробленого інструменту. Надійність анкети підтверджено через повторне тестування (test-retest reliability) з інтервалом у два тижні на вибірці з 15 медичних сестер ($r=0,89$, $p<0,001$).

Блок професійних знань включав запитання щодо етіології та патогенезу раку шийки матки, факторів ризику, методів діагностики та профілактики. Оцінка практичних навичок здійснювалась через самооцінку медичними сестрами власної компетентності щодо різних аспектів процедури скринінгу: підготовка до процедури, забір цитологічного матеріалу, маркування зразків, забезпечення комфорту пацієнтки під час процедури. Комунікативний блок містив запитання щодо навичок інформування пацієнток, обговорення результатів обстеження, мотивування до регулярного скринінгу, врахування психоемоційного стану жінок. Організаційні аспекти роботи оцінювались через запитання щодо ведення документації, координації взаємодії з іншими фахівцями, планування та організації скринінгових програм. Блок самооцінки ефективності включав запитання щодо задоволеності власною професійною діяльністю, сприйняття значущості ролі медичної сестри у скринінгу, оцінки власного внеску у підвищення охоплення жінок скринінговими програмами.

Додатково застосовано адаптовану версію опитувальника «Сприйняття медичної інформації пацієнтками» (Коефіцієнт альфа Кронбаха = 0,83), який дозволив оцінити якість інформування жінок щодо переваг та ризиків цервікального скринінгу. Опитувальник складався з 28 запитань, структурованих у чотири блоки: 1) доступність та зрозумілість інформації; 2) повнота інформування; 3) можливість задати запитання та отримати відповіді; 4) задоволеність комунікацією з медичними працівниками. Адаптація опитувальника здійснювалась через процедуру крос-культурної валідації, що включала переклад з англійської мови українською двома незалежними перекладачами, узгодження перекладу, зворотний переклад англійською та порівняння з оригіналом, пілотне тестування на групі з 10 жінок та внесення

коректив до фінальної версії. Психометричні властивості адаптованої версії опитувальника підтверджено через оцінку внутрішньої узгодженості (Коефіцієнт альфа Кронбаха = 0,83) та конструктної валідності (факторний аналіз підтвердив чотирифакторну структуру опитувальника з поясненням 72,4% дисперсії).

Якісний компонент дослідження реалізовано через проведення напівструктурованих індивідуальних інтерв'ю та двох фокус-груп. Гайд для інтерв'ю з медичними сестрами охоплював питання щодо їхнього досвіду роботи у сфері цервікального скринінгу, самооцінки власної ролі в процедурі, стратегій комунікації з пацієнтками та бар'єрів ефективної діяльності. Інтерв'ю з пацієнтками фокусувались на їхньому досвіді взаємодії з медичними сестрами під час скринінгу, інформаційних потребах та факторах, що впливають на прийняття рішення щодо участі у скринінгових програмах. Тривалість індивідуальних інтерв'ю становила 45-60 хвилин, фокус-груп – 90-120 хвилин. Проведено 18 індивідуальних інтерв'ю з медичними сестрами та 14 – з пацієнтками, а також дві фокус-групи: одна з медичними сестрами (n=8) та одна зі змішаним складом (медичні сестри та пацієнтки, n=10). Усі індивідуальні інтерв'ю та фокус-групи проводилися досвідченими модераторами з психологічною освітою та підготовкою у сфері якісних досліджень. Інтерв'ю проводились у приватних кабінетах медичних закладів або в нейтральних локаціях за вибором учасниць, що забезпечувало конфіденційність та комфорт під час спілкування. Аудіозаписи інтерв'ю та фокус-груп було транскрибовано дослівно з подальшим анонімізуванням даних.

Етичні аспекти дослідження регламентувались принципами Гельсінської декларації та етичними нормами проведення медичних досліджень. Протокол дослідження отримав схвалення Комісії з питань етики при КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» (протокол №3 від 18.12.2024 р.). Усі учасниці були проінформовані про мету, завдання та процедуру дослідження, добровільність участі та

можливість відмовитись від неї на будь-якому етапі без пояснення причин. Особлива увага приділялась забезпеченню психологічного комфорту учасниць під час обговорення чутливих тем, пов'язаних з інтимним здоров'ям та негативним досвідом взаємодії з медичними працівниками. Модератори інтерв'ю та фокус-груп проходили спеціальну підготовку щодо етичних аспектів проведення якісних досліджень у сфері жіночого здоров'я. Конфіденційність інформації забезпечувалась через кодування персональних даних та обмежений доступ до первинних матеріалів. Перед початком дослідницьких процедур отримано письмову інформовану згоду від усіх учасниць. Учасниці були поінформовані про аудіозапис інтерв'ю та фокус-груп, а також про те, як будуть використовуватись отримані дані. Після завершення дослідження всі учасниці отримали інформацію про його результати у формі короткого звіту, адаптованого для неспеціалістів.

Кількісний аналіз даних здійснювався з використанням статистичного пакету SPSS v.29.0. Застосовано методи описової статистики для характеристики вибірки та розподілу відповідей респонденток (середні значення, стандартні відхилення, частоти, відсотки). Для оцінки внутрішньої узгодженості анкет застосовано коефіцієнт альфа Кронбаха. Нормальність розподілу кількісних змінних перевірено за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Для виявлення взаємозв'язків між змінними проведено кореляційний аналіз з обчисленням коефіцієнтів кореляції Пірсона (для нормально розподілених змінних) та Спірмена (для змінних з ненормальним розподілом). Для оцінки впливу різних факторів на залежні змінні застосовано множинний регресійний аналіз. Порівняння підгруп респонденток здійснено за допомогою t-критерію Стьюдента (для двох груп) та однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) з постеріорними тестами Тьюкі (для трьох і більше груп). Статистична значущість результатів визначалась на рівні $p<0,05$.

Якісний аналіз даних проведено відповідно до методу Поля Рікера, який передбачає трирівневу інтерпретацію тексту: 1) наївне читання; 2)

структурний аналіз; 3) критичне обговорення та поглиблена інтерпретація. На першому етапі здійснено багаторазове прочитання транскриптів інтерв'ю для формування цілісного враження про отримані наративи та визначення загальної спрямованості висловлювань учасниць. На етапі структурного аналізу виокремлено значущі фрагменти тексту (цитати), сформовано смислові одиниці та проведено їх категоризацію. Кодування здійснювалось індуктивним шляхом, без попередньо встановленої схеми, що дозволило максимально враховувати перспективи учасниць дослідження. Початкове кодування виконувалось трьома незалежними дослідниками, після чого відбувалось узгодження кодів та формування єдиної системи категорій. Для обробки якісних даних використано програмне забезпечення NVivo 15.0, що дозволило систематизувати кодування та встановити ієрархічні зв'язки між категоріями. Третій етап аналізу включав критичне осмислення виявлених тем у контексті теоретичних концепцій та емпіричних даних з літератури, а також синтез кількісних та якісних результатів дослідження.

Для забезпечення достовірності результатів якісного дослідження застосовано тріангуляцію методів (поєднання індивідуальних інтерв'ю та фокус-груп), тріангуляцію дослідників (залучення трьох аналітиків) та тріангуляцію даних (включення перспектив медичних сестер та пацієнток). Тріангуляція методів дозволила компенсувати обмеження кожного окремого методу збору даних: індивідуальні інтерв'ю забезпечили можливість глибинного вивчення особистого досвіду учасниць, тоді як фокус-групи сприяли виявленню спільних тенденцій та групової динаміки у сприйнятті ролі медичної сестри. Тріангуляція дослідників реалізовувалась через залучення трьох аналітиків з різним професійним бекграундом (медсестринство, психологія, соціологія), що забезпечило різноманітність перспектив та зменшило вплив суб'єктивних установок окремих дослідників на інтерпретацію даних. Тріангуляція даних передбачала врахування перспектив різних груп стейкхолдерів (медичних сестер та пацієнток), що дозволило отримати більш комплексне розуміння досліджуваного феномену.

Додатково проведено валідизацію отриманих інтерпретацій шляхом обговорення попередніх результатів з окремими учасницями дослідження (member checking). Зокрема, п'ять медичних сестер та три пацієнтки були запрошені для ознайомлення з попередніми результатами та надання зворотного зв'язку щодо коректності інтерпретацій. Рефлексивність дослідників забезпечувалась через ведення рефлексивних щоденників, в яких фіксувались особисті реакції, припущення та потенційні упередження, що могли вплинути на процес збору та аналізу даних. Регулярне обговорення цих рефлексій у дослідницькій команді сприяло усвідомленню суб'єктивних факторів та їх врахуванню під час інтерпретації результатів.

Обмеження дослідження пов'язані з відносно невеликим обсягом вибірки та її формуванням у трьох медичних закладах, що може обмежувати генералізацію результатів на всю популяцію медичних сестер України. Географічна обмеженість вибірки (три міста) також може не відображати повною мірою регіональні особливості організації цервікального скринінгу, особливо у сільській місцевості та малих містах. Використання самооцінки медичних сестер для вимірювання їхньої професійної компетентності може бути пов'язане з ризиком соціально бажаних відповідей та суб'єктивності оцінок. Перспективою подальших досліджень є проведення більш масштабного вивчення з включенням більшої кількості медичних закладів різних типів (включаючи сільські амбулаторії) та застосуванням об'єктивних методів оцінки компетентності медичних сестер (наприклад, структуроване спостереження за практичною діяльністю, експертна оцінка). Водночас, обраний дизайн дослідження з використанням змішаних методів дозволив отримати комплексне розуміння досліджуваного феномену та виявити ключові аспекти ролі медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу.

Дослідження включало додаткову оцінку організаційного контексту надання послуг цервікального скринінгу через аналіз документації медичних закладів, спостереження за робочим процесом та картографування маршруту пацієнта. Аналіз документації охоплював вивчення локальних протоколів та

стандартних операційних процедур щодо проведення цервікального скринінгу, посадових інструкцій медичних сестер, форм інформованої згоди для пацієнток, інформаційних матеріалів для жінок та статистичних звітів щодо охоплення скринінговими програмами. Для кожного медичного закладу проведено SWOT-аналіз організації скринінгових програм з виявленням сильних та слабких сторін, можливостей та загроз для ефективної реалізації профілактичних заходів.

Протягом двох тижнів на кожній клінічній базі проводилось структуроване спостереження за діяльністю медичних сестер під час проведення цервікального скринінгу з фіксацією ключових етапів роботи, часових параметрів та комунікативних практик. Спостереження здійснювалось за попередньою згодою медичних сестер та пацієнток, з дотриманням принципів конфіденційності та поваги до приватності. Для структурування спостереження розроблено спеціальний протокол, який включав кількісні (тривалість різних етапів процедури, кількість запитань пацієнток, кількість наданих роз'яснень) та якісні показники (стиль комунікації, невербальна поведінка, емоційний клімат взаємодії). Всього проведено 35 сесій спостереження (Київ – 12, Харків – 13, Львів – 10), що охопили різні аспекти роботи медичних сестер: прийом та реєстрація пацієнток, підготовка до процедури, асистування під час обстеження, оформлення документації, консультування щодо результатів.

Для картографування маршруту пацієнта розроблено спеціальний протокол, який дозволив ідентифікувати критичні точки взаємодії жінок із медичними працівниками та потенційні організаційні бар'єри для участі у скринінгу. Картографування здійснювалось через комбінацію спостереження за реальними маршрутами пацієнток та структурованих інтерв'ю з жінками після завершення візиту до медичного закладу. Для кожного закладу створено візуальну схему маршруту пацієнта з вказанням основних етапів, часових параметрів, точок прийняття рішень та потенційних проблемних зон. Додатково проведено аналіз доступності медичних закладів для різних

категорій пацієнток (з урахуванням географічних, часових, фінансових та культурних аспектів доступності).

Важливим компонентом методології стало виявлення актуальних потреб у підвищенні кваліфікації медичних сестер щодо проведення цервікального скринінгу. Для цього розроблено опитувальник освітніх потреб, який охоплював різні аспекти професійної діяльності: знання щодо етіології та патогенезу раку шийки матки, лабораторно-діагностичні аспекти скринінгу, психологічні особливості взаємодії з пацієнтками, організаційні питання впровадження скринінгових програм. Опитувальник включав як структуровані запитання з фіксованими варіантами відповідей, так і відкриті запитання, що дозволяли респонденткам висловити власні міркування щодо бажаних форматів та змісту навчання. Додатково проведено аналіз існуючих програм підвищення кваліфікації для медичних сестер у сфері жіночого здоров'я та виявлено потенційні прогалини в освітньому контенті щодо цервікального скринінгу. Результати оцінки освітніх потреб стали основою для розробки рекомендацій щодо вдосконалення програм підвищення кваліфікації медичних сестер.

Для узагальнення та синтезу отриманих результатів застосовано методологію реалістичного оцінювання (realistic evaluation), яка дозволяє виявити контекстуальні фактори, механізми та результати інтервенцій у складних системах охорони здоров'я. Відповідно до цього підходу, ефективність роботи медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу аналізувалась не ізольовано, а в контексті конкретних організаційних умов, з урахуванням механізмів взаємодії різних стейкхолдерів та комплексних результатів, що виходять за межі суто клінічних показників. Ця методологія дозволила сформулювати контекстуально-специфічні рекомендації для оптимізації ролі медичної сестри в різних типах медичних закладів та для різних груп пацієнток.

Процес дослідження також включав постійне рефлексивне осмислення методологічних та епістемологічних аспектів. Дослідницька команда

регулярно проводила методологічні семінари для обговорення викликів, що виникали на різних етапах дослідження, та пошуку оптимальних рішень. Особлива увага приділялась етичним дилемам, пов'язаним з дослідженням чутливих тем у сфері жіночого здоров'я, та способам забезпечення психологічної безпеки учасниць дослідження. Рефлексивність також поширювалась на усвідомлення власних позицій та установок дослідників, що могли вплинути на збір та інтерпретацію даних.

Інтеграція кількісних та якісних даних здійснювалась на етапі аналізу та інтерпретації результатів відповідно до принципів методології змішаних досліджень. Застосовано стратегію пояснювальної послідовної інтеграції, за якої кількісні дані забезпечували загальну картину досліджуваного феномену, а якісні – поглиблювали розуміння механізмів та контекстуальних факторів. Інтеграція відбувалась через тематичне зіставлення кількісних та якісних результатів, пошук конвергенцій та дивергенцій, а також через розробку інтегрованих моделей та концептуальних схем, що відображають комплексну природу ролі медичної сестри в цервікальному скринінгу.

Для забезпечення практичної значущості дослідження на заключному етапі проведено воркшоп з ключовими стейкхолдерами (медичними сестрами, лікарями, адміністраторами медичних закладів, представниками пацієнтських організацій), під час якого обговорено попередні результати та сформульовано рекомендації для впровадження у практику. Така колаборативна стратегія дозволила врахувати різноманітні перспективи та розробити практично орієнтовані рекомендації, що відповідають реальним потребам та можливостям системи охорони здоров'я.

2.2. Результати дослідження ефективності роботи медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу

Результати проведеного дослідження демонструють комплексну картину професійної діяльності медичних сестер у контексті цервікального скринінгу та дозволяють оцінити ефективність різних аспектів їхньої роботи. Аналіз отриманих даних структуровано відповідно до основних тематичних напрямків: професійна компетентність медичних сестер, комунікативні практики взаємодії з пацієнтками, організаційні аспекти скринінгових програм та перспективи оптимізації сестринської діяльності. Комплексність підходу до аналізу дозволила виявити не лише рівень професійної підготовки медичних сестер, але й зрозуміти контекстуальні фактори, що впливають на ефективність їхньої роботи, та визначити стратегічні напрямки для вдосконалення практик цервікального скринінгу.

Професійна компетентність медичних сестер оцінювалась через комбінацію самооцінки, експертної оцінки та структурованого спостереження за практичною діяльністю. Результати кількісної оцінки професійної компетентності медичних сестер (n=47) за розробленою анкетою представлено у таблиці 2.2. Відповідно до отриманих даних, більшість медичних сестер демонструють високий рівень теоретичних знань щодо етіології, патогенезу та профілактики раку шийки матки (середній бал 4,35±0,68 за 5-бальною шкалою). Зокрема, найвищі оцінки отримано за знання щодо ролі ВПЛ-інфекції у розвитку раку шийки матки (4,67±0,52), факторів ризику (4,52±0,58) та видів діагностичних тестів (4,44±0,65). Водночас, дещо нижчі показники зафіксовано щодо знань про сучасні рекомендації зі скринінгу (4,12±0,78) та інтерпретації результатів цитологічних досліджень (3,89±0,84). Практичні навички проведення процедури цервікального скринінгу оцінені нижче (3,87±0,91), що свідчить про потребу вдосконалення практичного компоненту професійної підготовки. Найнижчі оцінки в межах практичних навичок отримано за параметрами забору матеріалу в складних

анатомічних випадках (3,54±1,05) та оцінки якості отриманого зразка (3,68±0,97).

Таблиця 2.2

Оцінка професійної компетентності медичних сестер у сфері цервікального скринінгу (n=47)

Компонент професійної компетентності	**Середній бал (M±SD)**	**Рівень компетентності**
Теоретичні знання щодо етіології та патогенезу	4,35±0,68	Високий
Знання діагностичних критеріїв та інтерпретації результатів	3,92±0,77	Середній
Практичні навички проведення процедури	3,87±0,91	Середній
Навички інформування пацієнток	3,73±0,95	Середній
Комунікативні навички	4,12±0,83	Високий
Організаційно-методичні аспекти	3,46±1,02	Середній
Загальна оцінка	3,91±0,86	Середній

Примітка: Оцінка за 5-бальною шкалою, де 1 – низький рівень, 5 – високий рівень. Рівні компетентності: низький (1,00-2,99), середній (3,00-3,99), високий (4,00-5,00).

Аналіз результатів самооцінки медичних сестер свідчить про певний дисбаланс між теоретичною підготовкою та практичними навичками. Високий рівень теоретичних знань щодо етіології та патогенезу раку шийки матки (4,35±0,68) контрастує з середнім рівнем практичних навичок проведення процедури (3,87±0,91) та навичок інформування пацієнток (3,73±0,95). Найнижчі показники зафіксовано щодо організаційно-методичних аспектів роботи (3,46±1,02), що включають питання документування, координації з лабораторією, відстеження результатів та організації системи нагадувань для пацієнток. Такий дисбаланс може бути пов'язаний з особливостями програм професійної підготовки медичних сестер, які традиційно фокусуються на теоретичних знаннях та базових практичних навичках, приділяючи менше уваги комунікативним та організаційним компетентностям. Водночас, саме

навички інформування пацієнток та організаційно-методичні аспекти роботи відіграють ключову роль у забезпеченні високого рівня охоплення жінок скринінговими програмами та формуванні позитивного досвіду взаємодії з системою охорони здоров'я.

Комунікативні навички медичних сестер оцінено як високі (4,12±0,83), що є позитивним показником, враховуючи важливість ефективної комунікації для формування довіри пацієнток та їхньої мотивації до регулярного скринінгу. Детальний аналіз компонентів комунікативної компетентності показав найвищі оцінки за параметрами встановлення контакту з пацієнткою (4,42±0,72) та емпатійного слухання (4,28±0,79), тоді як навички пояснення процедури простою мовою (3,94±0,92) та обговорення чутливих тем (3,85±0,98) отримали дещо нижчі оцінки.

Поглиблений аналіз компонентів професійної компетентності виявив статистично значущі відмінності між медичними сестрами з різним досвідом роботи у сфері цервікального скринінгу (Таблиця 2.3). Медичні сестри з досвідом роботи понад 10 років демонструють вищі показники теоретичних знань ($F=7,83$, $p<0,01$) та практичних навичок ($F=9,41$, $p<0,01$) порівняно з колегами, які мають менший досвід. Такі результати є логічними та відображають накопичення професійного досвіду та вдосконалення навичок протягом тривалої практики. Особливо виразними є відмінності у практичних навичках, де медичні сестри з досвідом понад 10 років демонструють суттєво вищі показники (4,58±0,51) порівняно з колегами, які працюють менше 5 років (3,42±0,84). Така різниця підкреслює важливість практичного досвіду для формування професійної майстерності та вказує на необхідність інтенсифікації практичної підготовки молодих фахівців.

Організаційно-методичні аспекти також демонструють статистично значущі відмінності залежно від досвіду роботи ($F=6,19$, $p=0,004$), з найвищими показниками у медичних сестер з досвідом понад 10 років (4,08±0,79) та найнижчими – у медичних сестер з досвідом до 5 років (3,12±1,05). Така закономірність свідчить про розвиток організаційних

компетентностей переважно через практичний досвід, а не через формальну освіту чи тренінги. Водночас, статистично значущих відмінностей у комунікативних навичках залежно від стажу роботи не виявлено (F=2,37, p=0,105), що свідчить про необхідність цілеспрямованого розвитку комунікативної компетентності медичних сестер незалежно від тривалості їхньої професійної діяльності. Відсутність суттєвого прогресу у комунікативних навичках з накопиченням досвіду може вказувати на недостатню увагу до цього аспекту в системі безперервної професійної освіти та відсутність структурованого підходу до розвитку комунікативних компетентностей медичних сестер.

Таблиця 2.3

Компоненти професійної компетентності медичних сестер залежно від досвіду роботи (n=47)

Компонент професійної компетентності	<5 років (n=19)	5-10 років (n=16)	>10 років (n=12)	F	p
Теоретичні знання	3,94±0,73	4,28±0,64	4,75±0,45	7,83	0,001
Практичні навички	3,42±0,84	3,86±0,89	4,58±0,51	9,41	<0,001
Комунікативні навички	3,89±0,91	4,18±0,75	4,33±0,78	2,37	0,105
Організаційно-методичні аспекти	3,12±1,05	3,42±0,96	4,08±0,79	6,19	0,004

Примітка: Оцінка за 5-бальною шкалою, де 1 – низький рівень, 5 – високий рівень. F – значення критерію Фішера, p – рівень статистичної значущості.

Додатковий аналіз впливу освітнього рівня медичних сестер на їхню професійну компетентність виявив статистично значущі відмінності у теоретичних знаннях (F=6,52, p=0,003) та навичках інформування пацієнток

(F=5,78, p=0,006) між медичними сестрами з різним рівнем освіти. Зокрема, медичні сестри з магістерським ступенем демонструють вищі показники теоретичних знань (4,73±0,47) порівняно з медичними сестрами з середньою спеціальною освітою (3,98±0,75) та бакалаврським ступенем (4,31±0,63). Навички інформування пацієнток також підвищуються з ростом освітнього рівня: від 3,35±1,03 у медичних сестер з середньою спеціальною освітою до 4,18±0,75 у медичних сестер з магістерським ступенем. Водночас, не виявлено статистично значущих відмінностей у практичних навичках (F=2,47, p=0,096) та комунікативних навичках (F=2,85, p=0,068) залежно від освітнього рівня, що свідчить про відносну незалежність цих компонентів професійної компетентності від формальної освіти.

Експертна оцінка професійної компетентності медичних сестер (n=15), проведена досвідченими фахівцями з онкогінекології під час структурованого спостереження за практичною діяльністю, загалом підтвердила результати самооцінки, проте виявила дещо нижчі показники за окремими параметрами. Зокрема, експертні оцінки практичних навичок (3,67±0,82) та навичок інформування пацієнток (3,40±0,91) були нижчими за самооцінку медичних сестер (3,87±0,91 та 3,73±0,95 відповідно), що може свідчити про певну тенденцію до завищення самооцінки серед медичних сестер. Експерти відзначали недостатню стандартизацію практичних процедур, варіативність у техніці забору матеріалу та нерівномірність інформування пацієнток про різні аспекти скринінгу.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між окремими компонентами професійної компетентності медичних сестер. Встановлено сильну позитивну кореляцію між теоретичними знаннями та практичними навичками (r=0,71, p<0,001), що свідчить про важливість фундаментальної теоретичної підготовки для ефективного виконання практичних завдань. Такий взаємозв'язок підкреслює необхідність інтеграції теоретичного та практичного компонентів у програмах професійної підготовки медичних сестер та важливість розуміння наукових основ

процедур для їх коректного виконання. Виявлено також помірну кореляцію між практичними навичками та організаційно-методичними аспектами роботи ($r=0,58$, $p<0,001$), що може бути пов'язано з необхідністю ефективної організації робочого процесу для якісного виконання практичних процедур.

Водночас, зафіксовано помірну кореляцію між комунікативними навичками та здатністю інформувати пацієнток ($r=0,58$, $p<0,001$), що підтверджує взаємопов'язаність комунікативних та інформаційно-просвітницьких аспектів діяльності медичних сестер. Інформування пацієнток не обмежується передачею фактичної інформації, а потребує ефективних комунікативних стратегій для забезпечення розуміння, зниження тривожності та формування мотивації до участі у скринінгу. Медичні сестри з розвиненими комунікативними навичками демонструють кращу здатність адаптувати інформацію до потреб конкретної пацієнтки, враховувати її емоційний стан та забезпечувати психологічний комфорт під час скринінгу. Цікаво, що між теоретичними знаннями та комунікативними навичками виявлено слабку кореляцію ($r=0,32$, $p=0,028$), що може свідчити про відносну незалежність цих компонентів професійної компетентності та необхідність окремого фокусу на розвитку комунікативних навичок у програмах підготовки медичних сестер.

Аналіз результатів опитування пацієнток ($n=36$) щодо якості інформування про цервікальний скринінг виявив неоднозначну картину. Загальна оцінка задоволеності інформаційним супроводом скринінгу становила $3,65\pm1,12$ бала за 5-бальною шкалою, що відповідає середньому рівню. Такий показник свідчить про наявність суттєвого простору для вдосконалення інформаційно-комунікативного компоненту скринінгових програм. Аналіз окремих аспектів інформування виявив значну варіативність оцінок: від відносно високих показників щодо чіткості інструкцій з підготовки до процедури ($4,27\pm0,83$) до низьких показників щодо інформування про можливі ризики та переваги скринінгу ($3,21\pm1,24$). При цьому, найнижчі показники зафіксовано щодо інформування про можливі ризики та переваги скринінгу ($3,21\pm1,24$) та роз'яснення результатів обстеження ($3,34\pm1,18$).

Така закономірність свідчить про недостатню увагу до аспектів, пов'язаних з обґрунтуванням доцільності скринінгу та його потенційних наслідків, що є критичними для прийняття поінформованого рішення пацієнтками. Водночас, оцінки інформування про технічні аспекти процедури є відносно високими: чіткість інструкцій щодо підготовки до процедури (4,27±0,83), пояснення процедури скринінгу (3,94±0,98), чіткість інструкцій під час процедури (4,15±0,92). Це може вказувати на більшу увагу медичних сестер до технічних аспектів скринінгу порівняно з аспектами, пов'язаними з автономією пацієнтки та її поінформованою згодою.

Пацієнтки найвище оцінили чіткість інструкцій щодо підготовки до процедури (4,27±0,83) та доброзичливість медичних сестер під час взаємодії (4,42±0,76). Високі оцінки доброзичливості медичних сестер свідчать про їхню емпатійність та здатність створювати комфортну психологічну атмосферу під час взаємодії з пацієнтками, що є важливим аспектом якісного медичного обслуговування. Водночас, оцінки щодо можливості поставити запитання та отримати зрозумілі відповіді були дещо нижчими (3,78±1,05), що може свідчити про обмежені можливості для двосторонньої комунікації та недостатню орієнтацію на активне залучення пацієнток до процесу прийняття рішень.

Аналіз преференцій пацієнток щодо джерел інформації про цервікальний скринінг виявив, що більшість жінок (72,2%) надають перевагу отриманню інформації безпосередньо від медичних працівників, причому 41,7% вказали медичну сестру як бажане джерело інформації, а 30,5% – лікаря. Інші джерела інформації, такі як інтернет (13,9%), інформаційні буклети та брошури (8,3%), друзі та родичі (5,6%), були менш пріоритетними. Такі результати підкреслюють важливу роль медичної сестри як джерела інформації про цервікальний скринінг та необхідність підвищення їхньої компетентності у сфері інформування пацієнток.

Порівняльний аналіз оцінок пацієнток, які регулярно проходять скринінг, та тих, хто відмовився від нього, виявив статистично значущі

відмінності за низкою параметрів (Таблиця 2.4). Жінки, які регулярно проходять скринінг, вище оцінюють якість інформування про процедуру (t=3,75, p<0,001) та доступність пояснень результатів обстеження (t=3,21, p=0,003) порівняно з тими, хто відмовився від скринінгу. Така закономірність може свідчити про важливість адекватного інформування для формування мотивації до регулярної участі у скринінгових програмах. Особливо виразними є відмінності у оцінках загальної якості інформування (4,12±0,86 у регулярних учасниць проти 2,88±1,13 у тих, хто відмовився, p<0,001) та роз'яснення ризиків та переваг скринінгу (3,76±1,03 проти 2,50±1,20, p=0,004).

Таблиця 2.4

Оцінка якості інформування пацієнток про цервікальний скринінг (n=36)

Параметр оцінки	Регулярно проходять (n=17)	Відмовились (n=8)	t	p
Загальна якість інформування	4,12±0,86	2,88±1,13	3,75	<0,001
Інформація про підготовку до процедури	4,53±0,62	3,88±1,13	2,41	0,034
Інформація про процедуру скринінгу	4,35±0,79	3,25±1,04	3,44	0,002
Роз'яснення ризиків та переваг	3,76±1,03	2,50±1,20	3,17	0,004
Доступність пояснень результатів	3,88±0,86	2,63±1,06	3,21	0,003
Можливість поставити запитання	4,06±0,97	3,13±1,25	2,18	0,038

Примітка: Оцінка за 5-бальною шкалою, де 1 – низька якість, 5 – висока якість. t – значення t-критерію Стьюдента, p – рівень статистичної значущості.

Суттєві відмінності спостерігаються також щодо можливості поставити запитання та отримати відповіді (4,06±0,97 у регулярних учасниць проти 3,13±1,25 у тих, хто відмовився, p=0,038), що підкреслює важливість двосторонньої комунікації та активного залучення пацієнток до процесу прийняття рішень. Жінки, які мають можливість обговорити свої сумніви, страхи та очікування з медичними працівниками, ймовірно, почуваються більш впевнено щодо процедури скринінгу та демонструють вищу готовність до регулярної участі у скринінгових програмах.

Аналіз причин відмови від цервікального скринінгу серед пацієнток, які не проходять регулярний скринінг (n=19), виявив комплекс факторів, що впливають на прийняття рішення. Найчастіше згадуваними причинами були: низька доступність скринінгових послуг (організаційні бар'єри – 68,4%), дискомфорт та страх болю під час процедури (63,2%), недостатнє розуміння важливості скринінгу (57,9%), негативний попередній досвід взаємодії з медичними працівниками (47,4%), страх отримати позитивний результат (42,1%), відчуття здоров'я та відсутність симптомів (36,8%), сором та ніяковість (31,6%). Ці результати свідчать про необхідність комплексного підходу до подолання бар'єрів участі у скринінгу, який би включав як організаційні зміни для підвищення доступності послуг, так і інформаційно-освітні інтервенції для підвищення обізнаності жінок та подолання психологічних бар'єрів.

Регресійний аналіз дозволив виявити фактори, які найбільше впливають на загальну оцінку пацієнтками якості проведення цервікального скринінгу. Побудована множинна лінійна регресійна модель (R^2=0,78, F=23,46, p<0,001) включала такі значущі предиктори: якість інформування про процедуру (β=0,36, p<0,001), комунікативні навички медичної сестри (β=0,28, p=0,002),

час, присвячений відповідям на запитання (β=0,23, p=0,008) та комфортність процедури (β=0,19, p=0,021). Висока пояснювальна здатність моделі (R^2=0,78) свідчить про те, що виявлені фактори є ключовими детермінантами загальної оцінки якості скринінгу з перспективи пацієнток. Значний вплив якості інформування (β=0,36) та комунікативних навичок медичної сестри (β=0,28) підкреслює першочергову важливість інформаційно-комунікативного компоненту для забезпечення позитивного досвіду пацієнток під час скринінгу. Отримані результати підтверджують визначальну роль інформаційно-комунікативного компоненту діяльності медичної сестри для забезпечення задоволеності пацієнток скринінговою процедурою.

Цікаво, що час, присвячений відповідям на запитання (β=0,23, p=0,008), виявився більш важливим предиктором задоволеності скринінгом, ніж технічні аспекти процедури (β=0,14, p=0,076, не досягає рівня статистичної значущості). Такий результат підкреслює важливість створення можливостей для діалогу та задоволення інформаційних потреб пацієнток під час медичних втручань. Фактор комфортності процедури (β=0,19, p=0,021) також є значущим предиктором загальної оцінки, що свідчить про важливість уваги до фізичного та психологічного комфорту пацієнток під час скринінгу. Медичні сестри, які здатні забезпечити комфортні умови та знизити дискомфорт, пов'язаний з процедурою, сприяють формуванню позитивного досвіду пацієнток та підвищують ймовірність їхньої регулярної участі у скринінгових програмах.

Розроблена регресійна модель може бути використана для прогнозування задоволеності пацієнток скринінговими послугами та для ідентифікації аспектів, які потребують вдосконалення для підвищення якості скринінгових програм. Зокрема, результати регресійного аналізу вказують на необхідність приділяти особливу увагу інформаційно-комунікативним аспектам взаємодії з пацієнтками, забезпечувати достатньо часу для обговорення питань та сумнівів, а також створювати комфортні умови для проведення скринінгу.

Додатковий регресійний аналіз, спрямований на виявлення факторів, що впливають на готовність жінок регулярно проходити цервікальний скринінг, показав, що найсильнішими предикторами регулярної участі у скринінгу є сприйняття важливості скринінгу для здоров'я (OR=3,75, 95% CI: 1,86-7,54), рівень задоволеності попереднім досвідом скринінгу (OR=2,63, 95% CI: 1,32-5,25) та якість інформування про процедуру та її результати (OR=2,18, 95% CI: 1,09-4,37). Ці результати підкреслюють важливість формування позитивного досвіду взаємодії з медичними працівниками під час скринінгу та забезпечення адекватного інформування пацієнток для підвищення рівня їхньої участі у скринінгових програмах.

Для глибшого розуміння контекстуальних факторів, що впливають на участь жінок у цервікальному скринінгу, проведено стратифікований аналіз з урахуванням соціодемографічних характеристик пацієнток. Виявлено, що рівень освіти є значущим предиктором регулярності проходження скринінгу: жінки з вищою освітою (бакалавр та магістр) демонструють вищу ймовірність регулярної участі у скринінгу (OR=2,47, 95% CI: 1,23-4,96) порівняно з жінками з середньою або середньою спеціальною освітою. Такий взаємозв'язок може бути пов'язаний з вищим рівнем медичної грамотності та кращим розумінням важливості профілактичних заходів серед більш освічених жінок. Вік також виявився значущим фактором: жінки віком 31-50 років демонструють найвищу ймовірність регулярного скринінгу (OR=1,89, 95% CI: 1,05-3,42) порівняно з молодшими (до 30 років) та старшими (понад 50 років) віковими групами. Такі результати підкреслюють необхідність диференційованого підходу до інформування та мотивування різних груп жінок щодо участі у скринінгових програмах.

Якісний аналіз наративів, отриманих у ході напівструктурованих інтерв'ю та фокус-груп, дозволив виявити ключові тематичні категорії, що відображають роль медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу з перспективи різних стейкхолдерів. На основі структурного аналізу текстів сформовано три основні теми: 1) практичні аспекти діяльності медичних

сестер під час скринінгу; 2) інформаційно-консультативна роль; 3) організаційно-координаційні функції. Кожна тема розкривається через систему підтем та смислових одиниць, що відображають різноманітні аспекти сестринської діяльності у контексті цервікального скринінгу.

Тема "Практичні аспекти діяльності медичних сестер під час скринінгу" включає такі підтеми: технічне забезпечення процедури, асистування лікарю, забір матеріалу для дослідження, забезпечення комфорту пацієнтки, дотримання принципів асептики та антисептики, управління болем та дискомфортом. Медичні сестри описували власну практичну роль у проведенні цервікального скринінгу переважно через призму технічних аспектів процедури: підготовка інструментарію, асистування лікарю, забір матеріалу для цитологічного дослідження, маркування зразків.

Аналіз наративів виявив різні стратегії інформування пацієнток, які застосовуються медичними сестрами: від надання базової інформації про процедуру до комплексного пояснення епідеміології раку шийки матки, факторів ризику та механізмів профілактики. Деякі медичні сестри описували індивідуалізований підхід до інформування, який враховує специфічні характеристики та потреби пацієнтки: «Для молодих жінок, які вперше проходять скринінг, я зазвичай починаю з пояснення анатомії та фізіології жіночих статевих органів, показую на моделі, як проходить процедура. Для жінок старшого віку, які вже мають досвід скринінгу, фокусуюсь більше на нових рекомендаціях та змінах у протоколах» (М.С., 45 років, досвід роботи 20 років). Такий підхід демонструє професійну гнучкість та орієнтацію на потреби пацієнтки, що є важливими компонентами якісного медичного обслуговування.

Важливим аспектом інформаційно-консультативної ролі є обговорення результатів скринінгу та планування подальших дій. Медичні сестри описували різні практики комунікації результатів: від простого повідомлення про нормальні результати до детального роз'яснення значення атипових клітин та рекомендацій щодо подальшого спостереження. Деякі учасниці відзначали

складність обговорення аномальних результатів: «Найскладніше – повідомляти про аномальні результати. Жінки часто лякаються, думають, що у них рак. Я намагаюся пояснити, що виявлення змін на ранній стадії – це саме те, для чого проводиться скринінг, і що такі зміни часто регресують без спеціального лікування» (М.С., 40 років, досвід роботи 15 років). Такі ситуації потребують не лише медичних знань, але й комунікативних навичок для адекватного пояснення результатів та зниження тривожності пацієнток.

Тема "Організаційно-координаційні функції" включає підтеми: ведення документації, координація взаємодії з лабораторією, відстеження результатів, нагадування пацієнткам про необхідність регулярного скринінгу, організація системи запрошень та повторних візитів. Організаційно-координаційні функції медичних сестер у наративах учасниць дослідження представлені через аспекти ведення документації, нагадування пацієнткам про необхідність регулярного скринінгу, координацію взаємодії між різними фахівцями. Частина медичних сестер висловлювала фрустрацію щодо надмірного бюрократичного навантаження: «Велику частину робочого часу займає заповнення документів, і на якісне спілкування з пацієнтками часу майже не залишається. А саме спілкування могло б допомогти переконати більше жінок у важливості скринінгу» (М.С., 45 років, досвід роботи 18 років). Такі висловлювання відображають загальну проблему бюрократизації медичної системи, яка може негативно впливати на якість взаємодії з пацієнтами та ефективність профілактичних заходів.

Особливу увагу учасниці дослідження приділяли питанню колаборації між медичними сестрами та лікарями у контексті цервікального скринінгу. Медичні сестри підкреслювали важливість чіткого розподілу ролей та взаємної поваги: «Коли лікар довіряє медсестрі та визнає її компетентність, робота стає набагато ефективнішою. У нашій клініці сестри самостійно проводять забір матеріалу для цитологічного дослідження, а лікар концентрується на консультуванні та інтерпретації результатів. Така модель працює чудово, якщо медсестра добре підготовлена» (М.С., 34 роки, досвід

роботи 8 років). Водночас, деякі учасниці відзначали проблеми у взаємодії, пов'язані з ієрархічною структурою медичної системи та недооцінкою ролі медичної сестри: «Часто лікарі не сприймають медичних сестер як повноцінних членів команди. Ми виконуємо технічну роботу, але наша думка щодо організації скринінгу чи комунікації з пацієнтками рідко береться до уваги» (М.С., 39 років, досвід роботи 14 років). Такі наративи відображають ширшу проблему професійної ідентичності та статусу медичних сестер у системі охорони здоров'я.

Результати спостереження за робочим процесом та картографування маршруту пацієнта дозволили виявити організаційні аспекти, що впливають на ефективність цервікального скринінгу. Середня тривалість прийому для проведення скринінгу становила 18,5±4,7 хвилин, з яких на безпосередню процедуру забору цитологічного матеріалу відводилось у середньому 5,2±1,9 хвилин. Час, присвячений інформуванню та відповідям на запитання пацієнтки, у середньому становив 6,3±3,4 хвилин, а решта часу витрачалась на оформлення документації та підготовку до процедури. Спостерігалась значна варіативність у розподілі часу між різними компонентами прийому, що може свідчити про відсутність стандартизованого підходу до організації процесу скринінгу. Детальний аналіз часових параметрів виявив, що медичні сестри з досвідом роботи понад 10 років витрачають менше часу на підготовку до процедури (3,1±0,8 хвилин проти 4,7±1,2 хвилин у медичних сестер з досвідом до 5 років (3,1±0,8 хвилин проти 4,7±1,2 хвилин у медичних сестер з досвідом до 5 років), але більше часу на інформування пацієнток (7,8±2,9 хвилин проти 5,4±3,1 хвилин). Такий розподіл часу може свідчити про більшу технічну ефективність досвідчених медичних сестер, які можуть виділити додатковий час на комунікацію з пацієнтками.

Суттєві відмінності спостерігались між медичними закладами щодо організації робочого процесу: в онкологічному центрі медичні сестри працювали за чітко визначеним алгоритмом з фіксованим часом на різні етапи процедури, тоді як у поліклініках спостерігалась більша варіативність та

менша структурованість робочого процесу. Онкологічний центр демонстрував вищу ефективність процесу скринінгу з середньою тривалістю прийому 15,8±3,2 хвилин порівняно з 19,7±4,9 хвилин у поліклініках. Водночас, аналіз якісних показників виявив, що медичні сестри поліклінік приділяли більше уваги індивідуальним потребам пацієнток та створенню психологічно комфортної атмосфери, тоді як в онкологічному центрі спостерігався більш формалізований підхід. Такі відмінності можуть бути пов'язані з різними організаційними культурами та пріоритетами медичних закладів.

Аналіз комунікативних практик під час спостереження за роботою медичних сестер виявив три основні стилі комунікації: директивний (39,3%), інформаційний (32,1%) та діалогічний (28,6%). Директивний стиль характеризувався переважанням інструкцій та вказівок з мінімальним залученням пацієнтки до обговорення процедури. Інформаційний стиль включав надання детальної інформації про процедуру та її значення, але з обмеженими можливостями для запитань та обговорення. Діалогічний стиль передбачав активне залучення пацієнтки до процесу, заохочення запитань та спільне прийняття рішень. Найвищий рівень задоволеності пацієнток спостерігався при застосуванні діалогічного стилю комунікації (4,65±0,53 за 5-бальною шкалою), найнижчий – при директивному стилі (3,28±1,12). Такі результати підкреслюють важливість розвитку діалогічних комунікативних практик для підвищення якості медичного обслуговування та задоволеності пацієнток.

Картографування маршруту пацієнта виявило потенційні організаційні бар'єри для участі жінок у цервікальному скринінгу: складна процедура запису на прийом, довгий час очікування, необхідність багаторазових візитів для отримання результатів та консультацій, недостатня приватність під час процедури. У всіх трьох медичних закладах виявлено проблеми з доступністю запису на скринінг: обмежені години прийому, необхідність особистого візиту для запису, відсутність онлайн-системи запису. Середній час очікування від моменту запису до прийому становив 12,4±5,8 днів, з найдовшим періодом

очікування в онкологічному центрі (18,7±6,2 днів). Для отримання результатів скринінгу жінки мали здійснити повторний візит або телефонний дзвінок, при цьому середній час очікування результатів становив 14,2±3,9 днів. Такі організаційні аспекти створюють додаткові бар'єри для участі у скринінгу, особливо для жінок з обмеженими часовими ресурсами або складним графіком роботи.

Водночас, ідентифіковано «точки контакту», де медична сестра може суттєво вплинути на досвід пацієнтки та підвищити ймовірність її регулярної участі у скринінгу: початкове інформування при записі на прийом, підготовка до процедури, психологічна підтримка під час обстеження, надання інформації про подальші кроки після отримання результатів. У деяких медичних закладах реалізовано практику телефонних консультацій з медичною сестрою перед візитом для скринінгу, що дозволяє жінкам отримати інформацію про підготовку до процедури та поставити запитання. Така практика оцінена пацієнтками дуже позитивно (4,82±0,41 за 5-бальною шкалою) та асоціювалась з нижчим рівнем тривожності перед процедурою.

Аналіз документації медичних закладів виявив значну варіативність у протоколах проведення цервікального скринінгу та ролі медичної сестри у цьому процесі. В онкологічному центрі діють детальні стандартні операційні процедури з чітким визначенням ролей та відповідальності кожного члена команди, тоді як у поліклініках протоколи менш деталізовані та більше зосереджені на технічних аспектах процедури. Посадові інструкції медичних сестер у всіх закладах містять переважно технічні компоненти роботи, приділяючи мало уваги комунікативним та інформаційно-просвітницьким аспектам. Інформаційні матеріали для пацієнток про цервікальний скринінг доступні у всіх медичних закладах, але їх зміст та формат суттєво відрізняються. У поліклініках інформаційні матеріали переважно зосереджені на технічних аспектах процедури, тоді як в онкологічному центрі матеріали включають також інформацію про епідеміологію раку шийки матки, фактори ризику та переваги регулярного скринінгу.

Оцінка освітніх потреб медичних сестер у сфері цервікального скринінгу виявила запит на вдосконалення знань та навичок за такими напрямками: інтерпретація результатів цитологічних досліджень (78,7% респонденток), сучасні підходи до HPV-тестування (74,5%), психологічні аспекти взаємодії з пацієнтками, які мають негативний досвід скринінгу (70,2%), методи підвищення мотивації жінок до регулярного скринінгу (68,1%), організаційні аспекти скринінгових програм (63,8%). Результати відкритих питань щодо бажаних форматів навчання виявили перевагу практичних тренінгів (87,2%), онлайн-курсів з гнучким графіком (76,6%) та майстер-класів від досвідчених фахівців (72,3%) над традиційними лекційними форматами (34,0%). Медичні сестри також висловлювали зацікавленість у міждисциплінарному навчанні, яке б включало не лише медичні аспекти, але й психологічні та комунікативні компоненти.

Аналіз наявних програм підвищення кваліфікації медичних сестер показав, що більшість із них фокусуються переважно на технічних аспектах процедури скринінгу та нових діагностичних методах, тоді як комунікативні, психологічні та організаційні компоненти представлені недостатньо. З 12 проаналізованих програм лише 3 (25,0%) включали модулі з розвитку комунікативних навичок, 2 (16,7%) – з психологічних аспектів взаємодії з пацієнтками, та 4 (33,3%) – з організаційних аспектів скринінгових програм. Більшість програм (91,7%) передбачали традиційний формат навчання з переважанням лекцій та обмеженою кількістю практичних занять. Це створює дисбаланс між наявними освітніми можливостями та реальними потребами медичних сестер, які працюють у сфері цервікального скринінгу.

SWOT-аналіз організації цервікального скринінгу у досліджуваних медичних закладах виявив низку сильних сторін: висока кваліфікація персоналу, наявність сучасного обладнання в онкологічному центрі, позитивний імідж медичних закладів серед пацієнтів. Слабкими сторонами визначено: недостатнє кадрове забезпечення, особливо у поліклініках, обмежені години роботи кабінетів для скринінгу, недостатня стандартизація

процедур, обмежені можливості для підвищення кваліфікації медичних сестер. Можливостями для вдосконалення є: впровадження електронної системи запису на скринінг, розширення годин роботи кабінетів, розробка детальних стандартних операційних процедур, організація спеціалізованих тренінгів для медичних сестер. Загрозами для ефективної реалізації скринінгових програм виступають: зниження фінансування, відтік кваліфікованих кадрів, низька мотивація жінок до участі у скринінгу, поширення недостовірної інформації про скринінг у медіа та соціальних мережах.

На основі отриманих результатів розроблено концептуальну модель ефективної діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу, яка інтегрує чотири ключові компоненти: технічна компетентність (знання та навички щодо процедури скринінгу), комунікативна компетентність (навички ефективного спілкування та консультування), організаційна компетентність (координація процесів та ведення документації) та професійний розвиток (постійне оновлення знань та вдосконалення навичок). Кожен компонент моделі включає низку специфічних компетенцій та індикаторів ефективності, що дозволяє операціоналізувати модель для практичного застосування у програмах професійної підготовки та оцінки діяльності медичних сестер.

Технічна компетентність включає теоретичні знання щодо етіології та патогенезу раку шийки матки, факторів ризику, методів діагностики та профілактики; практичні навички проведення процедури забору матеріалу, включаючи підготовку інструментарію, забір зразка, маркування та транспортування матеріалу; знання критеріїв якості зразка та вміння оцінювати адекватність отриманого матеріалу; навички забезпечення комфорту пацієнтки під час процедури та мінімізації дискомфорту.

Комунікативна компетентність охоплює навички встановлення контакту з пацієнткою та створення довірливої атмосфери; здатність надавати інформацію про процедуру простою, зрозумілою мовою; навички активного

слухання та емпатійного реагування; вміння обговорювати чутливі теми, пов'язані з жіночим здоров'ям; здатність мотивувати жінок до регулярного скринінгу; навички обговорення результатів скринінгу та планування подальших дій.

Організаційна компетентність включає навички ефективного ведення документації; вміння координувати взаємодію різних підрозділів та фахівців, залучених до скринінгу; навички організації робочого простору для забезпечення приватності та комфорту; здатність планувати та організовувати скринінгові програми; навички відстеження результатів та забезпечення зворотного зв'язку з пацієнтками.

Професійний розвиток передбачає постійне оновлення знань відповідно до сучасних рекомендацій та досягнень у сфері цервікального скринінгу; участь у програмах підвищення кваліфікації; здатність до рефлексії та самооцінки власної практики; обмін досвідом з колегами та участь у професійних спільнотах; дотримання етичних норм та професійних стандартів.

Модель передбачає гармонійний розвиток усіх компонентів для забезпечення високої якості скринінгових послуг та підвищення рівня залученості жінок до програм профілактики раку шийки матки. Відповідно до моделі, ефективна діяльність медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу потребує не лише технічної майстерності, але й розвинених комунікативних навичок, організаційних здібностей та постійного професійного вдосконалення. Така комплексна модель може слугувати основою для розробки програм професійної підготовки та підвищення кваліфікації медичних сестер, а також для оцінки та вдосконалення практики проведення цервікального скринінгу в різних медичних закладах.

Для забезпечення практичної імплементації моделі запропоновано низку рекомендацій для різних рівнів системи охорони здоров'я. На рівні освітніх закладів рекомендовано переглянути програми підготовки медичних сестер з посиленням фокусу на комунікативні навички та роботу з пацієнтами;

запровадити спеціалізовані курси з цервікального скринінгу, які б включали всі компоненти моделі; розробити симуляційні програми для відпрацювання практичних навичок та комунікації в складних ситуаціях. На рівні медичних закладів запропоновано розробити детальні стандартні операційні процедури для проведення цервікального скринінгу з чітким визначенням ролі медичної сестри; впровадити систему наставництва для молодих медичних сестер; організувати регулярні тренінги з комунікативних навичок та управління складними ситуаціями; забезпечити технічні умови для якісного проведення скринінгу (приватність, комфорт, достатній час на прийом). На національному рівні рекомендовано розробити стандарти професійної компетентності медичних сестер у сфері цервікального скринінгу; затвердити протоколи проведення скринінгу з визначенням ролі різних фахівців; впровадити систему моніторингу якості скринінгових послуг; забезпечити доступність програм підвищення кваліфікації для медичних сестер.

2.3. Висновки за розділом

1. Професійна компетентність медичних сестер у сфері цервікального скринінгу має комплексну структуру, яка включає теоретичні знання, практичні навички, комунікативну компетентність та організаційно-методичні аспекти. Загальний рівень компетентності медичних сестер оцінено як середній (3,91±0,86 бала за 5-бальною шкалою), що свідчить про наявність потенціалу для вдосконалення. Найвищі показники зафіксовано щодо теоретичних знань про етіологію та патогенез раку шийки матки (4,35±0,68), найнижчі – щодо організаційно-методичних аспектів (3,46±1,02).
2. Виявлено статистично значущі відмінності у рівні професійної компетентності медичних сестер залежно від тривалості досвіду роботи у сфері цервікального скринінгу. Зокрема, медичні сестри з досвідом понад

10 років демонструють вищі показники теоретичних знань (4,75±0,45 проти 3,94±0,73 у сестер з досвідом менше 5 років, p=0,001) та практичних навичок (4,58±0,51 проти 3,42±0,84, p<0,001). Водночас, не виявлено значущих відмінностей у комунікативних навичках залежно від стажу роботи (p=0,105), що підкреслює необхідність цілеспрямованого розвитку комунікативної компетентності.

3. Пацієнтки оцінюють якість інформування про цервікальний скринінг на середньому рівні (3,65±1,12 бала за 5-бальною шкалою), при цьому найнижчі оцінки стосуються інформування про можливі ризики та переваги скринінгу (3,21±1,24) та роз'яснення результатів обстеження (3,34±1,18). Виявлено статистично значущі відмінності в оцінках між жінками, які регулярно проходять скринінг, та тими, хто відмовився від нього: регулярні учасниці скринінгу вище оцінюють якість інформування (4,12±0,86 проти 2,88±1,13, p<0,001) та доступність пояснень результатів (3,88±0,86 проти 2,63±1,06, p=0,003).
4. Множинний регресійний аналіз виявив ключові фактори, що впливають на загальну оцінку пацієнтками якості проведення цервікального скринінгу: якість інформування про процедуру (β=0,36, p<0,001), комунікативні навички медичної сестри (β=0,28, p=0,002), час, присвячений відповідям на запитання (β=0,23, p=0,008) та комфортність процедури (β=0,19, p=0,021). Побудована регресійна модель пояснює 78% варіативності загальної оцінки якості скринінгу (R^2=0,78, F=23,46, p<0,001).
5. Якісний аналіз наративів учасниць дослідження дозволив виокремити три основні аспекти ролі медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу: практичний (технічне забезпечення та проведення процедури), інформаційно-консультативний (інформування та психологічна підтримка пацієнток) та організаційно-координаційний (ведення документації, нагадування про необхідність скринінгу, координація взаємодії між фахівцями).

6. Медичні сестри та пацієнтки демонструють різні пріоритети щодо ролі медсестри у скринінгу: медсестри більше акцентують увагу на технічних аспектах процедури та ведення документації, тоді як пацієнтки підкреслюють важливість комунікації, психологічної підтримки та інформування. Ця розбіжність у сприйнятті може бути джерелом невідповідності між очікуваннями пацієнток та реальною практикою надання скринінгових послуг.
7. Аналіз робочого процесу показав, що медичні сестри витрачають на інформування та відповіді на запитання пацієнток в середньому 6,3±3,4 хвилин, що становить близько третини загального часу прийому (18,5±4,7 хвилин). При цьому спостерігається значна варіативність у розподілі часу між різними етапами процедури залежно від типу медичного закладу та індивідуального стилю роботи медичної сестри.
8. Картографування маршруту пацієнта виявило потенційні організаційні бар'єри для участі жінок у цервікальному скринінгу та «точки контакту», де медична сестра може суттєво вплинути на досвід пацієнтки та підвищити ймовірність її регулярної участі у скринінгу. Зокрема, ключовими моментами є початкове інформування при записі на прийом, підготовка до процедури та психологічна підтримка під час обстеження.
9. Оцінка освітніх потреб медичних сестер виявила запит на вдосконалення знань та навичок щодо інтерпретації результатів цитологічних досліджень (78,7%), сучасних підходів до HPV-тестування (74,5%), психологічних аспектів взаємодії з пацієнтками (70,2%) та методів підвищення мотивації жінок до регулярного скринінгу (68,1%). Водночас, наявні програми підвищення кваліфікації недостатньо фокусуються на комунікативних, психологічних та організаційних аспектах діяльності медсестер.

ВИСНОВКИ

Проведене комплексне дослідження ролі медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу дозволило розширити наукові уявлення про багатовимірність сестринської діяльності у профілактиці раку шийки матки та виявити ключові фактори ефективності скринінгових програм. Аналіз отриманих результатів дає підстави сформулювати такі висновки.

Систематичний аналіз сучасних підходів до проведення цервікального скринінгу засвідчив еволюцію скринінгових стратегій від традиційного цитологічного дослідження до молекулярно-генетичних методів діагностики ВПЛ-інфекції з одночасним впровадженням ризик-орієнтованих алгоритмів ведення пацієнток. Світовий досвід демонструє високу ефективність первинного ВПЛ-тестування у зниженні захворюваності та смертності від раку шийки матки, особливо при інтеграції скринінгових програм з вакцинацією проти ВПЛ та забезпеченням доступу до своєчасного лікування передракових уражень.

Значні відмінності у підходах до цервікального скринінгу спостерігаються між країнами з різним рівнем економічного розвитку, що обумовлено розбіжностями у наявних ресурсах, епідеміологічних особливостях, організації системи охорони здоров'я та соціокультурних факторах. Впровадження організованих програм скринінгу з чіткими алгоритмами, системами запрошення та відстеження, а також контролем

якості демонструє значно вищу ефективність порівняно з опортуністичним скринінгом.

Медична сестра виконує багатогранну роль у системі цервікального скринінгу, забезпечуючи організаційну, інформаційно-освітню, клінічну та психологічну підтримку впродовж усього скринінгового процесу. Функціональні обов'язки медичної сестри охоплюють широкий спектр завдань від рекрутингу жінок та збору анамнезу до безпосередньої участі у діагностичних та лікувальних процедурах, а також забезпечення подальшого спостереження за пацієнтками з аномальними результатами скринінгу. Особлива увага приділяється ролі медичної сестри у подоланні бар'єрів доступу до скринінгу, таких як низька обізнаність, страх, соціокультурні чинники та логістичні перешкоди. Розширення повноважень медичних сестер у програмах цервікального скринінгу дозволяє підвищити доступність профілактичних послуг та ефективно використовувати обмежені кадрові ресурси системи охорони здоров'я.

Удосконалення компетенцій медичних сестер у галузі цервікального скринінгу вимагає комплексного підходу до їх підготовки та безперервного професійного розвитку. Теоретична підготовка медичних сестер має охоплювати питання патофізіології цервікальних неоплазій, методів скринінгу та діагностики, принципів профілактики та лікування передракових уражень шийки матки, а також психосоціальних аспектів скринінгу. Практична підготовка повинна включати відпрацювання техніки отримання цитологічних зразків, проведення ВПЛ-тестування, виконання візуальної інспекції шийки матки та, в окремих випадках, термічної абляції передракових уражень. Стандартизація процесів роботи медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу та впровадження систем контролю якості забезпечують стабільно високий рівень надання послуг та досягнення основної мети скринінгових програм.

Досягнення оптимальної ефективності цервікального скринінгу потребує налагодження міждисциплінарної взаємодії та командного підходу

до надання медичної допомоги. Медичні сестри, як невід'ємні члени цієї команди, повинні володіти навичками ефективної комунікації з іншими медичними працівниками, пацієнтками та громадою. Інтеграція цифрових технологій та телемедичних рішень у практику медичних сестер при проведенні цервікального скринінгу відкриває нові можливості для подолання географічних бар'єрів та забезпечення доступу до якісного скринінгу для всіх жінок. Участь медичних сестер у наукових дослідженнях та впровадженні інновацій сприяє постійному вдосконаленню скринінгових програм та адаптації їх до змінних умов та потреб населення.

Оцінка професійної компетентності медичних сестер виявила суттєвий дисбаланс між різними компонентами їхньої підготовки. Високий рівень теоретичних знань щодо етіології та патогенезу раку шийки матки (4,35±0,68 за 5-бальною шкалою) контрастує з середнім рівнем практичних навичок (3,87±0,91) та навичок інформування пацієнток (3,73±0,95). Найнижчі показники зафіксовано щодо організаційно-методичних аспектів роботи (3,46±1,02), які відіграють важливу роль у забезпеченні ефективності скринінгових програм. Виявлений дисбаланс вказує на необхідність перегляду програм професійної підготовки медичних сестер з посиленням практичного, комунікативного та організаційного компонентів.

Досвід роботи у сфері цервікального скринінгу суттєво впливає на рівень професійної компетентності медичних сестер. Фахівці з досвідом понад 10 років демонструють достовірно вищі показники теоретичних знань (4,75±0,45 порівняно з 3,94±0,73 у медсестер з досвідом до 5 років, $p=0,001$) та практичних навичок (4,58±0,51 порівняно з 3,42±0,84, $p<0,001$). Водночас відсутність значущих відмінностей у комунікативних навичках залежно від стажу роботи ($p=0,105$) свідчить про те, що ці компетентності не розвиваються автоматично з набуттям досвіду та потребують цілеспрямованого формування.

Виявлено значну розбіжність між пріоритетами медичних сестер та очікуваннями пацієнток щодо процедури цервікального скринінгу. Медичні

сестри зосереджуються переважно на технічних аспектах процедури та документуванні, тоді як пацієнтки надають першочергове значення якості комунікації, доступності пояснень та психологічному комфорту. Регресійний аналіз підтвердив, що ключовими факторами, які впливають на загальну оцінку пацієнтками якості скринінгу, є якість інформування ($\beta=0,36$, $p<0,001$), комунікативні навички медичної сестри ($\beta=0,28$, $p=0,002$) та час, присвячений відповідям на запитання ($\beta=0,23$, $p=0,008$). Побудована регресійна модель пояснює 78% варіативності загальної оцінки якості скринінгу, що підкреслює визначальну роль інформаційно-комунікативного компоненту діяльності медичної сестри.

Якісний аналіз наративів учасниць дослідження дозволив виокремити три основні аспекти ролі медичної сестри в процедурі цервікального скринінгу: практичний (технічне забезпечення та проведення процедури), інформаційно-консультативний (інформування та психологічна підтримка пацієнток) та організаційно-координаційний (ведення документації, нагадування про необхідність скринінгу, координація взаємодії між фахівцями). Гармонійний розвиток усіх трьох компонентів є необхідною умовою ефективної діяльності медичної сестри та підвищення якості скринінгових послуг.

Дослідження виявило низку організаційних бар'єрів для участі жінок у цервікальному скринінгу: складна процедура запису на прийом, довгий час очікування (середній час від запису до прийому – 12,4±5,8 днів), необхідність багаторазових візитів для отримання результатів (середній час очікування результатів – 14,2±3,9 днів), недостатня приватність під час процедури. Водночас ідентифіковано «точки контакту», де медична сестра може суттєво вплинути на досвід пацієнтки та підвищити ймовірність її регулярної участі у скринінгу: початкове інформування при записі на прийом, підготовка до процедури, психологічна підтримка під час обстеження, надання інформації про подальші кроки після отримання результатів.

Спостереження за робочим процесом виявило значну варіативність у розподілі часу між різними компонентами прийому та у стилях комунікації медичних сестер. Середня тривалість прийому для проведення скринінгу становила 18,5±4,7 хвилин, з яких на інформування та відповіді на запитання пацієнтки відводилось лише 6,3±3,4 хвилин. Виявлено три основні стилі комунікації: директивний (39,3%), інформаційний (32,1%) та діалогічний (28,6%), при цьому найвищий рівень задоволеності пацієнток спостерігався при застосуванні діалогічного стилю (4,65±0,53 за 5-бальною шкалою). Впровадження стандартизованих протоколів комунікації з акцентом на діалогічному підході може сприяти підвищенню якості взаємодії з пацієнтками та їхньої задоволеності скринінговими послугами.

Аналіз освітніх потреб медичних сестер у сфері цервікального скринінгу виявив запит на вдосконалення знань та навичок щодо інтерпретації результатів цитологічних досліджень (78,7%), сучасних підходів до HPV-тестування (74,5%), психологічних аспектів взаємодії з пацієнтками (70,2%) та методів підвищення мотивації жінок до регулярного скринінгу (68,1%). Наявні програми підвищення кваліфікації недостатньо відповідають реальним потребам медичних сестер, фокусуючись переважно на технічних аспектах процедури скринінгу та нових діагностичних методах. Для подолання визначеного дисбалансу необхідно розробити комплексні програми підвищення кваліфікації, які б охоплювали всі аспекти діяльності медичної сестри у сфері цервікального скринінгу.

Розроблена концептуальна модель ефективної діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу інтегрує чотири ключові компоненти: технічну компетентність, комунікативну компетентність, організаційну компетентність та професійний розвиток. Впровадження запропонованої моделі у практику дозволить оптимізувати діяльність медичних сестер, підвищити якість скринінгових послуг та рівень залученості жінок до програм профілактики раку шийки матки. Для забезпечення

практичної імплементації моделі запропоновано рекомендації на рівні освітніх закладів, медичних установ та національної системи охорони здоров'я.

Порівняльний аналіз оцінок пацієнток, які регулярно проходять скринінг, та тих, хто відмовився від нього, виявив статистично значущі відмінності у сприйнятті якості інформування (4,12±0,86 проти 2,88±1,13, $p<0,001$) та доступності пояснень результатів (3,88±0,86 проти 2,63±1,06, $p=0,003$). Медичні заклади, які приділяють більше уваги інформуванню пацієнток та створенню комфортних умов для процедури, демонструють вищі показники регулярності проходження скринінгу, що підтверджує важливість медсестринської ролі у підвищенні ефективності профілактичних програм.

Виявлені під час дослідження закономірності та розроблена концептуальна модель сестринської діяльності у сфері цервікального скринінгу мають важливе значення для розвитку теорії та практики медсестринства, вдосконалення систем підготовки та підвищення кваліфікації медичних сестер, оптимізації організації скринінгових програм. Результати дослідження можуть слугувати основою для розробки національних стандартів професійної компетентності медичних сестер у сфері цервікального скринінгу, протоколів проведення скринінгових процедур та програм моніторингу якості скринінгових послуг.

Перспективними напрямками подальших досліджень є вивчення регіональних особливостей організації цервікального скринінгу, оцінка ефективності різних моделей залучення медичних сестер до скринінгових програм, розробка та апробація програм підвищення кваліфікації медичних сестер на основі запропонованої концептуальної моделі, впровадження інноваційних технологій для підвищення доступності та якості скринінгових послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Рак шийки матки, 2014р.
2. Загородня О., Моцюк Ю., Амерханова Т. Пологова діяльність як прояв системної запальної реакції (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. Vol. 4. P. 79-84.
3. Наказ МОЗ № 403-О від 05.08.2015р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки".
4. Наказ МОЗ України № 236 від 02.04.2014р. Уніфікований клінічний протокол I-III (високоспеціалізованої) рівнів медичної допомоги "Дисплазія ШМ. Рак шийки матки".
5. Наказ МОЗ України №2264 від 15.12.2022 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення».
6. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. The Lancet. Global health. 2020. Vol. 8, № 2. P. e191–e203.
7. Arshad N., Naeem M. A., Bilal M., et al. Cervical Abnormalities are related to Infertility: A Review. LGU Journal of Life Sciences. 2023. Vol. 7, № 1. doi.org/10.54692/lgujls.2023.0701242
8. Athanasiou A., Veroniki A., Efthimiou O., et al. Comparative effectiveness and risk of preterm birth of local treatments for cervical intraepithelial neoplasia and stage IA1 cervical cancer: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Oncology. 2022. Vol. 23, № 8. P. 1097-1108.
9. Bhatla N., Singhal S. Primary HPV screening for cervical cancer. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 2020. Vol. 65. P. 98–108.
10. Bhatla N., Singhal S. Primary HPV screening for cervical cancer. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 2020. Vol. 65. P. 98–108.
11. Bouvard V., Wentzensen N., Mackie A., et al. The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. The New England journal of medicine. 2021. Vol. 385, № 20.

P. 1908–1918.

12. Bouvard V., Wentzensen N., Mackie A., et al. The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. The New England journal of medicine. 2021. Vol. 385, № 20. P. 1908–1918.
13. Canfell K., Kim J. J., Brisson M., et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. Lancet. 2020. Vol. 395, № 10224. P. 591–603.
14. Davis K. M., Eckert M. C., Hutchinson A., et al. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2021. Vol. 121. P. 103986.
15. Demarco M., Hyun N., Carter-Pokras O., et al. A study of type-specific HPV natural history and implications for contemporary cervical cancer screening programs. EClinicalMedicine. 2020. Vol. 22. P. 100293.
16. Egemen D., Cheung L. C., Chen X., et al. Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2020. Vol. 24, № 2. P. 132-143.
17. Fontham E. T. H., Wolf A. M. D., Church T. R., et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA: a cancer journal for clinicians. 2020. Vol. 70, № 5. P. 321–346.
18. Fontham E. T. H., Wolf A. M. D., Church T. R., et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA: a cancer journal for clinicians. 2020. Vol. 70, № 5. P. 321–346.
19. Gargiulo Isacco C., Balzanelli M. G., Garzone S., et al. Alterations of Vaginal Microbiota and Chlamydia trachomatis as Crucial Co-Causative Factors in Cervical Cancer Genesis Procured by HPV. Microorganisms. 2023. Vol. 11, № 3. P. 662.
20. Hashmi A. A., Naz S., Ahmed O., et al. Comparison of Liquid-Based Cytology and Conventional Papanicolaou Smear for Cervical Cancer Screening: An

Experience From Pakistan. Cureus. 2020. Vol. 12, № 12. P. e12293.

21. He W., Sparén P., Fang F., et al. Pregnancy Outcomes in Women With a Prior Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 Diagnosis: A Nationwide Population-Based Cohort Study With Sibling Comparison Design. Annals of Internal Medicine. 2022. Vol. 175, № 2. P. 210-218.
22. Hendriks N., Koeneman M. M., van de Sande A. J. M., et al. Topical Imiquimod Treatment of High-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia (TOPIC-3): A Nonrandomized Multicenter Study. Journal of Immunotherapy. 2022. Vol. 45, № 3. P. 180-186.
23. Jin X. W., Lipold L., Foucher J., et al. Cost-Effectiveness of Primary HPV Testing, Cytology and Co-testing as Cervical Cancer Screening for Women Above Age 30 Years. Journal of General Internal Medicine. 2016. Vol. 31, № 11. P. 1338-1344.
24. Kalliala I., Athanasiou A., Veroniki A. A., et al. Incidence and mortality from cervical cancer and other malignancies after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis of the literature. Annals of Oncology. 2020. Vol. 31, № 2. P. 213-227.
25. Karimi-Zarchi M., Allahqoli L., Nehmati A., et al. Can the prophylactic quadrivalent HPV vaccine be used as a therapeutic agent in women with CIN? A randomized trial. BMC Public Health. 2020. Vol. 20, № 1. P. 274.
26. Kechagias K. S., Kalliala I., Bowden S. J., et al. Role of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV infection and recurrence of HPV related disease after local surgical treatment: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022. Vol. 378. P. e070135.
27. Kombe A. J. K., Zoa-Assoumou S., Bounda G. A., et al. Advances in Etiopathological Role and Control of HPV in Cervical Cancer Oncogenesis. Frontiers in bioscience. 2023. Vol. 28, № 10. P. 245.
28. Kurtay S., Ali K. Y., Hussein A. I. Frequency of cervical premalignant lesions in the gynecologic patients of a tertiary hospital in Mogadishu, Somalia. BMC Women's Health. 2022. Vol. 22, № 1. P. 501.

29. Landy R., Schiffman M., Sasieni P. D., et al. Absolute risks of cervical precancer among women who fulfill exiting guidelines based on HPV and cytology cotesting. International Journal of Cancer. 2020. Vol. 146. P. 617-626.
30. Lemp J. M., De Neve J. W., Bussmann H., et al. Lifetime Prevalence of Cervical Cancer Screening in 55 Low- and Middle-Income Countries. JAMA. 2020. Vol. 324, № 15. P. 1532–1542.
31. Lewis R. M., Laprise J. F., Gargano J. W., et al. Estimated Prevalence and Incidence of Disease-Associated Human Papillomavirus Types Among 15- to 59-Year-Olds in the United States. Sexually Transmitted Diseases. 2021. Vol. 48, № 4. P. 273-277.
32. Lin Y., Lin W. Y., Lin T. W., et al. Trend of HPV Molecular Epidemiology in the Post-Vaccine Era: A 10-Year Study. Viruses. 2023. Vol. 15, № 10. P. 2015.
33. Ma Y., Xia X., Zheng W., et al. HPV prevalence and genotype distribution among women in eastern China during the Covid-19 pandemic. Human vaccines & immunotherapeutics. 2023. Vol. 19, № 1. P. 2212571.
34. Malone C., Barnabas R. V., Buist D. S. M., Tiro J. A., Winer R. L. Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: a systematic review. Preventive Medicine. 2020. Vol. 132. P. 105953.
35. McClung N. M., Gargano J. W., Park I. U., et al. Estimated number of cases of high-grade cervical lesions diagnosed among women — United States, 2008 and 2016. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2019. Vol. 68. P. 337–343.
36. Meites E., Gee J., Unger E., Markowitz L. Human Papillomavirus: chapter 11. In: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease. 14th ed. 2021.
37. Melief C. J. M., Welters M. J. P., Vergote I., et al. Strong vaccine responses during chemotherapy are associated with prolonged cancer survival. Science Translational Medicine. 2020. Vol. 12, № 535. P. eaaz8235.
38. Peng Q., Wang L., Zuo L., et al. HPV E6/E7: insights into their regulatory role and mechanism in signaling pathways in HPV-associated tumor. Cancer gene therapy. 2023. [Advance online publication].

39. Perkins R. B., Guido R. L., Castle P. E., et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2020. Vol. 24. P. 29.
40. Perkins R. B., Guido R. S., Castle P. E., et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2020. Vol. 24, № 2. P. 102-131.
41. Poljak M., Cuschieri K., Alemany L., Vorsters A. Testing for Human Papillomaviruses in Urine, Blood, and Oral Specimens: an Update for the Laboratory. Journal of clinical microbiology. 2023. Vol. 61, № 8. P. e0140322.
42. Pruski D., Millert-Kalinska S., Klemenska P., et al. Clinical use of the Onclarity test with extended HPV genotyping and phenotyping in patients with suspected squamous intraepithelial lesions. Ginekologia polska. 2023. [Advance online publication].
43. Quinlan J. D. Human Papillomavirus: Screening, Testing, and Prevention. American family physician. 2021. Vol. 104, № 2. P. 152–159.
44. Quinlan J. D. Human Papillomavirus: Screening, Testing, and Prevention. American family physician. 2021. Vol. 104, № 2. P. 152–159.
45. Sahlgren H., Elfström K. M., Lamin H., et al. Colposcopic and histopathologic evaluation of women with HPV persistence exiting an organized screening program. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020. Vol. 222, № 3. P. 253.e1-253.e8.
46. Shahmoradi Z., Damgacioglu H., Clarke M. A., et al. Cervical Cancer Incidence Among US Women, 2001-2019. JAMA. 2022. Vol. 328, № 22. P. 2267-2269.
47. Song Y., Zhang M., Zhang C., et al. HPV E6/E7 mRNA combined with thin-prep cytology test for the diagnosis of residual/recurrence after loop electrosurgical excision procedure in patients with cervical intraepithelial neoplasia. Diagnostic microbiology and infectious disease. 2024. Vol. 108, № 1. P. 116119.
48. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al. Global Cancer Statistics 2020:

GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021. Vol. 71, № 3. P. 209–249.

49. Teoh D., Musa F., Salani R., Huh W., Jimenez E. Diagnosis and management of adenocarcinoma in situ: a Society of Gynecologic Oncology evidence-based review and recommendations. Obstetrics & Gynecology. 2020. Vol. 135. P. 869-878.
50. Thomsen L. T., Kjær S. K. Human papillomavirus (HPV) testing for cervical cancer screening in a middle-income country: comment on a large real-world implementation study in China. BMC medicine. 2021. Vol. 19, № 1. P. 165.
51. Varon M., Salcedo M. P., Fellman B., et al. A Comprehensive Program to Improve Treatment of Precancerous Cervical Lesions in the Rio Grande Valley of Texas. Journal of public health management and practice. 2024. Vol. 30, № 1. P. 89–98.
52. Varon M., Salcedo M. P., Fellman B., et al. A Comprehensive Program to Improve Treatment of Precancerous Cervical Lesions in the Rio Grande Valley of Texas. Journal of public health management and practice. 2024. Vol. 30, № 1. P. 89–98.
53. Wheeler C. M., Torrez-Martinez N. E., Torres-Chavolla E., et al. Comparing the performance of 2 human papillomavirus assays for a new use indication: a real-world evidence-based evaluation in the United States. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2024. Vol. 230, № 2. P. 243.e1-243.e11.
54. Wise L. A., Willis S. K., Perkins R. B., et al. A prospective study of treatments for cervical intraepithelial neoplasia and fecundability. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020. Vol. 223, № 1. P. 96.e1-96.e15.
55. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020.
56. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020.
57. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for

cervical pre-cancer lesions. 2019.

58. Wu S., Liu L., Xu H., et al. The involvement of MALAT1-ALKBH5 signaling axis into proliferation and metastasis of human papillomavirus-positive cervical cancer. Cancer biology & therapy. 2023. Vol. 24, № 1. P. 2249174.
59. Zhao X. L., Zhao S., Xia C. F., et al. Cost-effectiveness of the screen-and-treat strategies using HPV test linked to thermal ablation for cervical cancer prevention in China: a modeling study. BMC Medicine. 2023. Vol. 21, № 1. P. 149.
60. Zhao Y., Bao H., Ma L., et al. Real-world effectiveness of primary screening with high-risk human papillomavirus testing in the cervical cancer screening programme in China: a nationwide, population-based study. BMC medicine. 2021. Vol. 19, № 1. P. 164.

ДОДАТКИ

Додаток А

Концептуальна модель ефективної діяльності медичної сестри при проведенні цервікального скринінгу

