DOI 10.11603/2411-1597.2026.1.16273
УДК 616-006.6:614.253.52

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІДТРИМЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Д. О. Підлісна[1], С. О. Шаповалова[2]

[1]Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України», Харків, Україна
[2]Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Вступ. Роль медичної сестри в наданні як комплексної, так і індивідуальної допомоги пацієнткам з раком молочної залози є однією з ключових. Працюючи в тісному контакті з лікарями і хворими, вона виконує важливу функцію інформаційної підтримки для пацієнток та їх сімей, сприяючи координації, контролю і забезпеченню безперервного догляду.

Мета роботи – провести аналіз та узагальнення даних сучасної наукової літератури за проблемою вивчення підходів до сестринської підтримки і реабілітації хворих після хірургічного лікування раку молочної залози.

Основна частина. Систематичний аналіз наукової літератури базувався на міжнародних електронних ресурсах PubMed, Scopus, Web of Science та джерелах сучасної української наукової інформації. Проведений аналіз показав, що, відповідно до міжнародного досвіду, реабілітація жінок після лікування раку молочної залози має бути комплексною і включати фізичну, психологічну та соціальну підтримку, збалансоване харчування і реконструктивну хірургію. Однак у кожному випадку підхід до відновлення повинен бути максимально індивідуальним та враховувати особливості хірургічного втручання, показники якості життя, психоемоційний стан жінки при хронічному стресі й соціальній напрузі, які є сучасними реаліями за умов особливого воєнного стану. Встановлено, що, незважаючи на наявність різних моделей надання допомоги хворим, які перенесли рак молочної залози, необхідні подальші дослідження для визначення оптимальної моделі надання допомоги, яка поліпшить результати лікування пацієнток і знизить навантаження на систему охорони здоров'я.

Висновки. На сучасному етапі розвитку медичної науки роль медичної сестри у проведенні реабілітаційних заходів хворим на рак молочної залози набуває ключового значення. Поєднання медичного догляду і психологічної підтримки, просвітницької діяльності та допомоги з адаптацією до змін тіла робить її одним із провідних факторів повернення жінки до повноцінного життя і соціальної інтеграції.

Ключові слова: медична сестра; сестринська підтримка; рак молочної залози; постмастектомічні ускладнення; реабілітація; якість життя.

THE ROLE OF A NURSE IN SUPPORT AND REHABILITATION OF FEMALES AFTER SURGICAL TREATMENT FOR BREAST CANCER

D. O. Pidlisna[1], S. O. Shapovalova[2]

[1]SE «Grigoriev Institute for Medical Radiology and Oncology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine
[2]Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. The role of a nurse in providing both comprehensive and individualized care to patients with breast cancer is one of the key components of the healthcare process. While working in close collaboration with physicians and patients, nurses perform an important function of informational support for patients and their families, facilitating coordination, monitoring, and continuity of care.

The aim of the study – to analyze and summarize data from contemporary scientific literature on approaches to nursing support and rehabilitation of patients after surgical treatment of breast cancer.

The main part. A systematic analysis of scientific literature was based on international electronic resources such as PubMed, Scopus, and Web of Science, as well as sources of modern Ukrainian scientific information. The analysis demonstrated that, according to international experience, rehabilitation of women after breast cancer treatment should be comprehensive and include physical, psychological, and social support, balanced nutrition, and reconstructive surgery. However, in each case, the approach to recovery should be as individualized as possible, taking into account the specifics of surgical intervention, quality-of-life indicators, and the psycho-

© Д. О. Підлісна, С. О. Шаповалова, 2026

emotional state of women under conditions of chronic stress and social tension, which are current realities in the context of martial law. It was established that despite the existence of various models of care for breast cancer survivors, further research is required to determine the optimal care model that would improve patient outcomes and reduce the burden on the healthcare system.

Conclusions. At the current stage of medical science development, the role of the nurse in the implementation of rehabilitation measures for patients with breast cancer is becoming increasingly important. The combination of medical care and psychological support, educational activities, and assistance in adapting to body changes makes the nurse one of the leading factors in helping women return to a full life and achieve social integration.

Keywords: nurse; nursing support; breast cancer; postmastectomy complications; rehabilitation; quality of life.

Вступ. Упродовж останніх десятиліть минулого століття та на початку нинішнього канцер-реєстри більшості країн світу невпинно фіксують рак молочної залози (РМЗ) як найбільш поширений онкологічний процес та одну з найчастіших причин втрати працездатності й смертності серед жіночого населення світу [1]. У 2022 р. рак молочної залози, згідно з оцінками ВООЗ, було діагностовано у 2,3 мільйона жінок, і він спричинив 670 000 випадків смерті в усьому світі [2].

За даними Національного канцер-реєстру України, у 2022 р. РМЗ охопив 22,6 % (12 335) нових захворювань на рак, було 20,6 % (3881) смертей від злоякісних новоутворень. Оцінюючи стан діагностики РМЗ у 2023 р., зазначимо, що цю патологію виявили переважно в 68,6 % (1–2 стадії). У занедбаних (3–4) стадіях РМЗ виявили у 26,2 % первинних хворих [3].

Відомо, що найпоширенішим методом місцевого лікування РМЗ є органозберігальна операція (лампектомія або часткова мастектомія з подальшою променевою чи хіміотерапією). Однак мастектомію, що передбачає видалення всієї тканини молочної залози, все ще проводять у деяких ситуаціях. Незважаючи на те, що хірургічне лікування РМЗ демонструє прогрес, дисекція пахвових лімфатичних вузлів може обмежувати функціональність і погіршувати здатність жінок до самообслуговування [4].

Жінки, які перенесли РМЗ, часто мають ряд фізичних, когнітивних, емоційних, психосоціальних, сімейних, сексуальних і функціональних порушень, а також порушень образу тіла верхніх кінцівок, що може заважати їх здатності до самообслуговування та, як наслідок, погіршувати якість життя, тому надзвичайно важливо застосовувати стратегії, що сприяють досягненню і підтримці найкращого функціонування в усіх аспектах якості життя [5, 6]. Спеціалізовані медичні сестри, які пройшли підготовку з реабілітаційного догляду, мають досвід у виявленні та лікуванні функціональних змін, пов'язаних з лікуванням РМЗ, а також у розробці й упровадженні реабілітаційних програм для поліпшення моторної функції верхніх кінцівок і виконання повсякденної діяльності [7].

Реабілітація є найкращим варіантом для попередження виникнення ускладнень, відновлення рухомості плеча і запобігання інвалідизації верхньої кінцівки [8], збереження функціональних можливостей та зменшення ризику втрати важливих навичок або незалежності [9]. Докази свідчать про те, що реабілітація корисна для відновлення цих жінок, переважно після 3 місяців [10–12].

Актуальність роботи полягає в тому, що, незважаючи на пильну увагу фахової спільноти до проблем онкологічної патології і значні досягнення науковців у діагностиці й лікуванні патологічного процесу, РМЗ залишається стабільним лідером серед онкологічних захворювань за показниками своєї поширеності, причинами втрати працездатності та смертності жінок у всьому світі [13, 14].

Отже, сестринська підтримка є невід'ємною складовою успішної онкологічної допомоги і сприяє не лише клінічному одужанню, а й поверненню жінки до активного та повноцінного життя.

Мета роботи – провести аналіз та узагальнення даних сучасної наукової літератури за проблемою вивчення підходів до сестринської підтримки і реабілітації хворих після хірургічного лікування раку молочної залози.

Основна частина. Було вивчено наукові електронні та інші джерела наукової літератури щодо характеристики сучасного стану проблеми сестринської підтримки і реабілітації хворих після хірургічного лікування РМЗ. Огляд літератури базується на масиві цифрових публікацій, які знайдено в результаті пошуку на світових ресурсах PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/), Scopus (https://

www.scopus.com/) та Web of Science (https://www.webofscience.com.). Глибина пошуку охопила період 2015–2025 рр. Головними пошуковими термінами були «breast cancer», «quality of life», «mastectomy», «nurse», «nursing support», «postmastectomy complications», «rehabilitation breast cancer patients». Використано бібліографічний та аналітичний методи.

У Концепції розвитку вищої медичної освіти України зазначено, що розвиток та реформування національної системи охорони здоров'я потребує підготовки нового покоління висококваліфікованих медичних працівників [15]. У ній вказано, що професія медичної сестри найпоширеніша в системі охорони здоров'я, тому високий рівень сформованості її професійних компетенцій та особистісних якостей є надзвичайно актуальним.

Багато досліджень українських учених присвячено аналізу психічного травмування онкологічних хворих як складової якості життя.

І. Р. Мухаровська [16] вивчає показники якості життя в онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу. Вона довела, що найбільш ураженою сферою їх життя було фізичне та психічне здоров'я. Фізичні негаразди знижували працездатність і, меншою мірою, здатність до самообслуговування та незалежності в діях. Виявлено зниження задоволеності міжособистісною взаємодією, рівнем емоційної підтримки з боку оточення, колег. Були наявними відчуття неповної особистісної та духовної самореалізації.

Психологічне благополуччя є складним та багатовимірним конструктом. Т. О. Нефедова розглядає способи покращення психологічного стану пацієнтів з онкологією через окремі аспекти психологічного благополуччя. До її схеми входять такі аспекти: духовний, соціальний, емоційний, фізичний, фізіологічний, економічний та суб'єктивний [17]. Як і будь-яке інше тяжке захворювання, РМЗ згубно впливає на психологічне благополуччя індивіда, а отже, і на його психологічний стан.

У своїй роботі С. О. Платовська та Л. М. Маланчук підкреслюють, що, з огляду на специфіку роботи медичної сестри, вона повинна не лише надати повну інформацію, але й навчити кожну жінку правил самообстеження молочної залози [18]. На їх думку, роль медичної сестри в процесі діагностики та профілактики захворювань молочної залози складно переоцінити.

Що стосується досвіду іноземних дослідників, то їх чимало.

B. B. Çalışkan та співавт. зауважують, що медична сестра – це співробітник, який виконує всі призначення лікаря. Що стосується її ролі в реабілітації, зокрема онкологічних хворих, то вона є ключовою та багатогранною: від безпосереднього догляду, виконання процедур і допомоги у виконанні вправ до комплексного планування та супроводу пацієнта, надання психосоціальної допомоги, підтримки в адаптації до нових життєвих обставин, особливо після мастектомії. Вона здійснює ін'єкції, перев'язки, стежить за показниками (тиск, температура), веде документацію, готує до процедур та багато іншого [19]. На даний час медична сестра відіграє головну роль у подальшому спостереженні, психосоціальній підтримці та моніторингу результатів лікування, пов'язуючи стаціонарне й амбулаторне лікування.

Ключову роль онкологічної медичної сестри, особливо при проведенні підтримувальної терапії, підкреслюють E. Button та співавт. [20]. Роль медичної сестри в онкологічній практиці включає: контроль основного захворювання, супутню патологію (біль, хворобливі стани, активний медичний супровід); психологічну та соціальну підтримку; практичне вирішення проблем, пов'язаних із захворюванням, таких, як особиста гігієна, щоденний туалет, профілактика виразок і пролежнів та ін. [20].

Цікаве дослідження провели T. Rodrigues та співавт. [21]. Вони здійснили анкетування жінок, хворих на РМЗ, із використанням опитувальника DASH для оцінювання діяльності медичних сестер у реабілітаційній програмі. Дослідження охоплювало три категорії: «значення, якого надають реабілітаційній допомозі жінкам, які перенесли мастектомію», «професійні стратегії втручання» та «поліпшення здоров'я в результаті впровадження стратегій догляду». В таблиці 1 наведено категорії та показники, які отримано під час цього аналізу.

Завдяки втручанню спеціалізованих медичних сестер з реабілітаційного догляду було встановлено: зменшення ускладнень, що виникають у результаті проведення хірургічного втручання; покращення якості життя, де визначальними були стратегії реабілітації, включаючи комфортну терапію та скорочення терміну перебування в лікарні.

Як правило, виділяють такі етапи реабілітації: передопераційний період, післяопераційний період і період ускладнень або хронізації. На підставі узагальнення результатів досліджень [21, 22] було складено таблицю 2.

Таблиця 1. **Показники оцінювання роботи медичної сестри при реабілітації (за даними [21])**

Категорія	Показник
Значення, якого надають реабілітаційній допомозі жінкам, які перенесли мастектомію	Досвід розвитку Досвід, орієнтований на людину Досвід профілактики Розробка проєктів реабілітації Підтримка в процесах переходу до нового типу життя Навчання самодогляду Освіта в галузі охорони здоров'я
Професійні стратегії втручання	Комфортний догляд Оцінка функціональних можливостей і стану здоров'я Реалізація програм тренувань моторики та кардіореспіраторної системи Реалізація програми тренувань Відновлення функціональних можливостей Самостійність Покращення якості життя
Поліпшення здоров'я в результаті впровадження стратегій догляду	Прийняття стану здоров'я Зменшення ускладнень Покращення якості життя Скорочення терміну перебування в лікарні

Таблиця 2. **Дії медичної сестри на різних етапах реабілітації**

Етап	Дії медичної сестри	Ефект
Передопераційний період	Підготовка пацієнтки до операції. Упровадження програми ранньої реабілітації. Надання жінці емоційної підтримки, управління її емоціями та позитивне підкріплення	Запобігання зменшенню амплітуди рухів та набряку до операції. Поліпшення проблем, пов'язаних з болем і функціональною недієздатністю. Допомога впоратися зі своїм тілом та підготовка жінки до змін зовнішності
Післяопераційний період	Позиціонування в ліжку, протилежне до мастектомії. Вправи на розслаблення та розтягування для шийного відділу і плечового пояса. Активні вправи з низькою амплітудою для верхніх кінцівок (згинання, відведення та обертання плеча). Дихальні вправи	Зменшення болю і м'язового спазму. Полегшення дихання та відновлення дихальної функції
Період ускладнень або хронізації	Моніторинг стану рани, догляд за дренажами. Навчання пацієнтки проведення самообстеження, контролю фізичних навантажень та хронічного болю. Передбачено значну емоційну підтримку, управління емоціями і позитивне підкріплення, визнання та похвалу важливості їх участі у власному процесі одужання	Стабілізація загального стану здоров'я, зокрема психологічного, якості життя

A. Rodriguez-Ortega та співавт. [23] оцінювали задоволеність пацієнток моделлю роботи медичної сестри з догляду за хворими на РМЗ та її адекватність у задоволенні потреб пацієнток в інформації і підтримці. Зі 139 хворих 99,3 % повідомили, що медична сестра надала їм правильну інформацію, 96,2 % – надала адекватну інформацію щодо самообслуговування вдома, 97,8 % – слова медичної сестри допомогли їм почуватися краще. Однак деякі пацієнтки не були впевнені, що медична сестра-консультант з питань РМЗ погодиться обговорити альтернативні методи лікування (41,0 %).

Розумінню ролі медичних сестер, що спеціалізуються на реабілітаційному догляді жінок, які перенесли мастектомію, присвячено дослідження R. Ferreira та співавт. [24]. Було виділено три основні категорії: сенс догляду, стратегії професійного втручання та поліпшення здоров'я. Догляд розглядали як розвиваючий і особистісно-орієнтований досвід з акцентом на запобіганні виникненню ускладнень. Стратегії професійного втручання надають пріоритет персоналізованим проєктам, емоційній підтримці та навчанню самообслуговування. Реабілітаційні заходи покращують функ-

ціональність, якість життя та автономію жінок і мають важливе значення для запобігання розвитку ускладнень та сприяння прийняттю нових станів здоров'я. Тобто реабілітація жінок після мастектомії залежить від цілісного та індивідуального підходу, орієнтованого на особистість, за допомогою емоційної і функціональної підтримки [24].

M. Linnet Olesen, R. Jørgensen [25] з метою оцінки керованого самовизначення пацієнтів з онкологією встановили низку основних напрямів, що впливають на самовизначення. Серед них такі (з погляду пацієнтів): керування самовизначенням, що знижує відчуття самотності, пов'язане з хворобою; заповнення листів (опитувальників) для самоаналізу як цінний, але складний інструмент для стимулювання самоаналізу і моніторингу індивідуальних симптомів, специфічних для конкретної людини; отримання нових знань щодо конкретної особистості; формування почуття, що тебе бачать і тобі вірять у нових довірчих відносинах; розвиток життєвих навичок. З огляду на досвід медичних сестер, вони також встановили низку основних напрямів, що впливають на самовизначення пацієнтів. Це нова роль – відмова від колишньої поведінки та потреба в підтримці; важливість заповнення листів для самоаналізу як фактор, що відкриває переваги переходу до особистісно-орієнтованого підходу.

C. Weaver [26] також доводить, що жінці, яка перенесла мастектомію, буде потрібно більше сестринського догляду, ніж жінці, якій провели лампектомію, а також необхідні додаткова емоційна підтримка і детальне навчання пацієнтки післяопераційного догляду. Деякі дослідники [27, 28] відносять медичних сестер до сестер-координаторів, підкреслюючи важливість їх ролі в наданні допомоги жінкам похилого віку з РМЗ щодо досягнення позитивних результатів лікування.

Дослідження A. S. Borromeo та співавт. [29] спрямовано на складання карти наукового внеску сестринської справи в підвищення якості життя пацієнток, виявлення домінуючих напрямів досліджень. Автори цієї роботи оцінювали підтримку з боку онкологічних медичних сестер у питаннях виживання хворих на РМЗ на ранніх стадіях і дійшли висновку, що вони повинні проводити стратифіковане за ризиком спостереження, нормалізувати скринінг на стрес і фізичні вправи, а також впровадити систему сортування пацієнток за результатами опитування з встановленими часовими рамками.

На думку L. D'Alessandro та співавт. [30], медичні сестри, які спеціалізуються на лікуванні РМЗ, відіграють ключову роль у поліпшенні результатів лікування хворих, надаючи освітні послуги, психологічну підтримку та комплексний догляд. Щоб іти в ногу зі зростаючою складністю лікування ускладнень, украй важливо приділяти пріоритетну увагу розширенню академічної підготовки та безперервному професійному розвитку. Автори стверджують, що ці зусилля забезпечать належну підготовку медичних сестер, які спеціалізуються на лікуванні РМЗ, до задоволення мінливих потреб пацієнток та надання високоякісної всебічної допомоги [30].

Згідно з результатами проаналізованих досліджень, покращення якості життя жінок після перенесення мастектомії потребує комплексного підходу, який включає фізичну реабілітацію, психологічну підтримку, дотримання здорового способу життя, естетичне відновлення, а також регулярний медичний моніторинг для запобігання виникненню рецидивів. Провідна роль в успішній реалізації реабілітаційних заходів належить медичній сестрі, яка є своєрідним містком між лікарем і пацієнткою, забезпечуючи неперервність догляду та підтримку на всіх етапах відновлення.

Висновки. 1. Значущою проблемою залишається реабілітація жінок, які перенесли рак молочної залози і часто мають ряд фізичних, когнітивних, емоційних, психосоціальних, сімейних, сексуальних та функціональних порушень, що вимагає від медичної сестри постійного вдосконалення знань і вдосконалення реабілітаційних програм.

2. Відповідно до міжнародного досвіду, реабілітація жінок після лікування раку молочної залози має бути комплексною і включати фізичну, психологічну та соціальну підтримку, збалансоване харчування і реконструктивну хірургію. Однак у кожному випадку підхід до відновлення повинен бути максимально індивідуальним та враховувати особливості хірургічного втручання, показники якості життя, психоемоційний стан жінки при хронічному стресі й соціальній напрузі, які є сучасними реаліями за умов особливого воєнного стану.

3. На сучасному етапі розвитку медичної науки і технологічного рівня роль медичної сестри у проведенні реабілітаційних заходів хворим на рак молочної залози набуває ключового значення. Поєднання медичного догляду і психологічної підтримки, просвітницької діяльності та допомоги з адаптацією до

змін тіла робить її одним із провідних факторів повернення жінки до повноцінного життя і соціальної інтеграції.

4. Незважаючи на наявність різних моделей надання допомоги хворим, які перенесли рак молочної залози, необхідні подальші дослідження для визначення оптимальної моделі надання допомоги, яка поліпшить результати лікування пацієнток і знизить навантаження на систему охорони здоров'я.

Джерела фінансування. Кошти державного бюджету.

Внесок авторів. Кожен автор зробив суттєвий внесок у підготовку наукової роботи.

Керівник роботи розробила ідею та дизайн дослідження, сформулювала концепцію дослідження, обговорила отримані результати.

Магістр-виконавець здійснила пошук наукової інформації та її систематизацію, написала текст огляду літератури, проаналізувала одержані дані й обговорила результати.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці цієї статті.

REFERENCES

1. Wang, M., Hou, L., Chen, M., Zhou, Y., Liang, Y., Wang, S., Jiang, J., & Zhang, Y. (2017). Neoadjuvant chemotherapy creates surgery opportunities for inoperable locally advanced breast cancer. *Scientific Reports,* 7, 44673. DOI 10.1038/srep44673.

2. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74*(3), 229–263. DOI 10.3322/caac.21834.

3. Fedorenko, Z. P., Sumkina, O. V., Zub, V. O., et al. (2024). Rak v Ukraini, 2022–2023. Zakhvoriuvanist, smertnist, pokaznyky diialnosti onkolohichnoi sluzhby [Cancer in Ukraine, 2022–2023. Incidence, mortality, indicators of oncology service activity]. *Biuleten Natsionalnoho kantser-reiestru Ukrainy*, 25, 129 p. [in Ukrainian].

4. Barry, K., Fadem, S. J., Hemler, J. R., Howard, J., Mikesell, L., O'Malley, D. M., Hudson, S. V., & Crabtree, B. F. (2025). Patient advocacy group leaders' perceptions on primary care's role in caring for patients with a history of breast cancer. *Health Expectations, 28*(5), e70458. DOI 10.1111/hex.70458.

5. Peera, M., Kennedy, S. K. F., Bhinder, J. K., Wu, J. J., Sharma, K., Wong, H. C. Y., Zhang, E., Chan, A. W., Lee, S. F., Haywood, D., Kirk, D., Guedes, H., Thamm, C., Kwan, J. Y. Y., & Alkhaifi, M. (2024). Breast cancer survivorship care: A narrative review of challenges and future directions. *Annals of Palliative Medicine, 13*(6), 1502–1512. DOI 10.21037/apm-24-78.

6. Merkow, R. P., Korenstein, D., Yeahia, R., Bach, P. B., & Baxi, S. S. (2017). Quality of cancer surveillance clinical practice guidelines: Specificity and consistency of recommendations. *JAMA Internal Medicine, 177*(5), 701–709. DOI 10.1001/jamainternmed.2017.0079.

7. Weaver, C. (2009). Caring for a patient after mastectomy. *Nursing, 39*(5), 44–48. DOI 10.1097/01.NURSE.0000350757.93924.b5.

8. Chan, K. S., Zeng, D., Leung, J. H. T., Ooi, B. S. Y., Kong, K. T., Yeo, Y. H., Goo, J. T. T., & Chia, C. L. K. (2020). Measuring upper limb function and patient-reported outcomes after major breast cancer surgery: A pilot study in an Asian cohort. *BMC Surgery, 20*(1), 108. DOI 10.1186/s12893-020-00773-0.

9. Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. P. (2017). Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: A rehabilitation perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare,* 10, 347–357. DOI 10.2147/JMDH.S117362.

10. Akezaki, Y., Nakata, E., Kikuuchi, M., Tominaga, R., Kurokawa, H., Okamoto, M., Hamada, M., Aogi, K., Ohsumi, S., & Sugihara, S. (2021). Investigation of factors affecting early quality of life of patients after breast cancer surgery. *Healthcare, 9*(2), 213. DOI 10.3390/healthcare9020213.

11. Kikuuchi, M., Akezaki, Y., Nakata, E., Yamashita, N., Tominaga, R., Kurokawa, H., Hamada, M., Aogi, K., Ohsumi, S., Tsuji, T., & Sugihara, S. (2021). Risk factors of impairment of shoulder function after axillary dissection for breast cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 29*(2), 771–778. DOI 10.1007/s00520-020-05533-7.

12. Paolucci, T., Bernetti, A., Paoloni, M., Capobianco, S. V., Bai, A. V., Lai, C., Pierro, L., Rotundi, M., Damiani, C., Santilli, V., Agostini, F., & Mangone, M. (2019). Therapeutic Alliance in a Single Versus Group Rehabilitative Setting After Breast Cancer Surgery: Psychological Profile and Performance Rehabilitation. *Biores Open Access, 8*(1), 101-110. DOI 10.1089/biores.2019.0011.

13. GBD 2023 Cancer Collaborators (2025). The global, regional, and national burden of cancer, 1990-2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet (London, England), 406*(10512), 1565–1586. DOI 10.1016/S0140-6736(25)01635-6.

14. Kim, J., Harper, A., McCormack, V., Sung, H., et al. (2025). Global patterns and trends in breast cancer incidence and

mortality across 185 countries. *Nature medicine*, *31*(4), 1154–1162. DOI 10.1038/s41591-025-03502-3.

15. Ministry of Health of Ukraine, & Academy of Medical Sciences of Ukraine. (2008). Pro zatverdzhennia Kontseptsii rozvytku vyshchoi medychnoi osvity v Ukraini [On approval of the Concept for the development of higher medical education in Ukraine] (Order No. 522/51, September 12, 2008). http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12141 [in Ukrainian].

16. Mukharovska, I. R. (2017). Yakist zhyttia onkolohichnykh khvorykh na etapakh likuvalnoho protsesu [Quality of life of cancer patients at the stages of the treatment process]. *Psykhiatriia, Nevrologiia ta Medychna Psykholohiia, 4*(1), 91–95 [in Ukrainian].

17. Nefedova, T. O. (2021). Strukturni osoblyvosti psykholohichnoho blahopoluchchia onkolohichnykh patsientiv z rakom molochnoi zalozy [Structural features of psychological well-being of breast cancer patients]. *Habitus,* 28, 86–93. DOI 10.32843/2663-5208.2021.28.14. [in Ukrainian].

18. Platovska, S. O., & Malanchuk, L. M. (2015). Medsestrynskyi faktor u zasvoienni alhorytmu samoobstezhennia molochnoi zalozy [Nursing factor in mastering the algorithm of breast self-examination]. *Medsestrynstvo – Nursing*, 2, 58–60 [in Ukrainian].

19. Çalışkan, B. B., Şengün İnan, F., Doğan, R., & Nazlı, Y. (2025). Breast cancer in the cycle of hope and hopelesness: A qualitative research. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 79, 103024. DOI 10.1016/j.ejon.2025.103024.

20. Button, E., Thamm, C., Crichton, M., Milte, R., Charalambous, A., Christina, J., Turner, M. R., Mahony, J., Crawford-Williams, F., Cook, O., Doherty, N., Patford, K., Paterson, C., & Chan, R. J. (2025). Patient Preferences for Cancer Nurses as Care Providers: A Systematic Review of Discrete Choice Experiments. *Journal of advanced nursing*. DOI 10.1111/jan.70398

21. Rodrigues, T., Moreira, M. T., Lima, A., Fernandes, R., & Gomes, B. (2023). Contributions of a rehabilitation nursing program in the self-care of women undergoing breast surgery. *Nursing Reports, 13*(2), 913–922. DOI 10.3390/nursrep13020080.

22. Rodrigues, M., Deus, I., Bengalinha, P., Duro, R., Carpinteiro, D., Ferreira, R., Silva, C., & Fonseca, C. (2025). The role of rehabilitation nurses in empowering mastectomised women for self-care: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(6), 957. DOI 10.3390/ijerph22060957.

23. Rodriguez-Ortega, A., Ferro, T., Ochoa-Arnedo, C., Campos, G., Valverde, Y., Medina, J. C., & Borras, J. M. (2025). The evaluation of a nursing care model for breast cancer: What are women's priorities? *Journal of Nursing Management,* 2025, 8653274. DOI 10.1155/jonm/8653274.

24. Ferreira, R., Jeronimo, C., Mira, A., Pereira, A., Serrano, S., Marques, M. F., Baixinho, C. L., Fonseca, C., & Sousa, L. (2025). The rehabilitation of women who have had a mastectomy. *Nursing Reports, 15*(4), 133. DOI 10.3390/nursrep15040133.

25. Olesen, M. L., & Jørgensen, R. (2023). Impact of the person-centred intervention guided self-determination across healthcare settings: An integrated review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 37*(1), 37–59. DOI 10.1111/scs.13138.

26. Weaver, C. (2009). Caring for a patient after mastectomy. Nursing, 39(5), 44–48. DOI 10.1097/01.NURSE.0000350757.93924.b5.

27. Jennings-Sanders, A., Kuo, Y. F., Anderson, E. T., & Freeman, J. L. (2005). How do nurse case managers care for older women with breast cancer? *Oncology Nursing Forum, 32*(3), 625–632. DOI 10.1188/05.ONF.625-632.

28. Jennings-Sanders, A., & Anderson, E. T. (2003). Older women with breast cancer: Perceptions of the effectiveness of nurse case managers. *Nursing Outlook, 51*(3), 108–114. DOI 10.1016/S0029-6554(03)00083-6.

29. Borromeo, A. S., Catalig, R. J., Ramos, A., Atud, C., Reyes, J., & Wider, W. (2025). Nurse-enabled survivorship in early-stage breast cancer (1970–2024): A critical bibliometric review of models, outcomes, and PRO-driven workflows. *Journal of Cancer Policy,* 46, 100664. DOI 10.1016/j.jcpo.2025.100664.

30. D'Alessandro, L., Palomares, S. M., Mancin, S., Sguanci, M., Cattani, D., Cosmai, S., Lopane, D., Gjeloshi, M., Cangelosi, G., & Mazzoleni, B. (2025). Professional roles, skills and advanced educational programs of breast cancer nurses: A scoping review. *Nursing Open, 12*(10), e70251. DOI 10.1002/nop2.70251.

Надійшла до редакції: 05.01.2026
Прийнято після рецензування: 16.01.2026
Подано до друку: 23.02.2026