

tistics. It was established that there are no significant differences between men and women in the duration of high and moderate-intensity physical activity. However, clear age patterns exist: among youth, the duration of high-intensity physical activity significantly exceeds the indicators in older age groups. Among students, 62,9% (61/97) have a high level of physical activity, while among adults, this indicator is only 35,1% (40/114) of those surveyed. The priority internal motives for all groups are improving health (62,6% (132/211)) and psycho-emotional state (41,7% (88/211)). For youth, a specific stimulus is the desire to increase physical fitness (62,9% (61/97)), and for women – normalization of body weight (19,2% (25/130)). The main barriers to regular exercise were identified as a lack of time (especially among women – 40,8% (53/130)), emotional exhaustion, and security risks associated with military actions (67,6% (25/97) among youth). A declarative nature of motivation was revealed in a part of the population with a low level of physical activity, which requires the development of targeted programs to stimulate a healthy lifestyle in crisis conditions.

Key words: physical activity, motivation, martial law, health, population, youth, barriers to physical activity.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Kalynychenko I. O.: <https://orcid.org/0000-0003-1514-4210> ^{ACD}

Latina H. O.: <https://orcid.org/0000-0002-8483-2490> ^{BEF}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Калиниченко Ірина Олександрівна

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

Україна, 40000, м. Суми, вул. Роменська 87

Тел.: 0506915552

E-mail: irinakalinichenko2017@gmail.com

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статистичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 22.05.2026 року
Стаття прийнята до друку 14.08.2026 року
Опубліковано 29.09.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-186-193

УДК 614.2:616.97-084(477)

¹Миронюк І. С., ²Басараб Я. О.

ЗМІСТОВНА ТА КОГНІТИВНА ВАЛІДНІСТЬ АВТОРСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ ОЦІНКИ ГОТОВНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (PHC-STI-RAT-UA)

¹Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»
(м. Ужгород, Україна)

²Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» (м. Київ, Україна)

basarab.yaroslav.doc@gmail.com

Інтеграція послуг із діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у систему первинної медичної допомоги потребує належної готовності медичних працівників і закладів охорони здоров'я. Для її комплексного оцінювання розроблено авторський інструмент PHC-STI-RAT-UA, що потребує підтвердження валідності. Мета дослідження – оцінити змістову та когнітивну валідність авторського інструменту оцінки готовності ПМД до впровадження послуг діагностики та лікування ІПСШ (PHC-STI-RAT-UA). Первинну валідацію інструменту проводили у два етапи: експертне оцінювання змістової валідності за участю 11 фахівців та когнітивну валідацію із залученням 18 лікарів ПМД. Релевантність елементів визначали за 4-бальною шкалою з розрахунком I-CVI та S-CVI; результати когнітивного тестування аналізували методами описової статистики та якісного аналізу. За результатами експертного оцінювання S-CVI/Ave становив 0,925, а значення I-CVI для 32 оцінюваних елементів перебували в межах 0,89–1,00. Оцінки зрозумілості, однозначності та практичної цінності становили 3,55–4,00 бала з 4,00. Когнітивна валідація засвідчила високі показники легкості заповнення

(9,72/10) та придатності інструменту для сімейних лікарів (9,94/10). Труднощі під час заповнення відзначали не більше 22,2% учасників; вони переважно стосувалися окремих клінічних та організаційних аспектів, а не формулювання пунктів. Виявлені зауваження мали переважно редакційний характер. Отримані результати підтверджують належну змістову та когнітивну валідність РНС-STI-RAT-UA та обґрунтовують перехід після редакційного доопрацювання до польового пілотування і подальшого оцінювання його психометричних властивостей.

Ключові слова: інфекцій, що передаються статевим шляхом, первинна медична допомога, готовність до впровадження, змістова валідність, РНС-STI-RAT-UA.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Дослідження виконано з власної ініціативи авторів і не пов'язане з виконанням планової науково-дослідної роботи.

Вступ.

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються актуальною проблемою громадського здоров'я [1]. ВООЗ розглядає інтеграцію профілактики, діагностики та лікування ІПСШ у первинну медичну допомогу (ПМД) як важливий напрям розвитку людиноцентричної та децентралізованої системи послуг діагностики і лікування ІПСШ, що передбачає, зокрема, інтеграцію послуг, розподіл завдань між медичними працівниками (task sharing) та розширення доступу до допомоги на рівні ПМД [2]. В той же час, впровадження таких послуг на рівні ПМД в Україні вимагає одночасної готовності на двох рівнях: індивідуальному (компетентність і мотивація медичних працівників ПМД) та організаційно-системному (ресурсне, нормативне й фінансове забезпечення закладу ПМД), що зумовило розробку авторського інструменту оцінки готовності ПМД до впровадження послуг діагностики та лікування ІПСШ - РНС-STI-RAT-UA [3]. Даний Інструмент розроблено на основі моделі СОМ-В (Capability–Opportunity–Motivation–Behaviour), яка розглядає поведінку як функцію взаємодії спроможності, можливості та мотивації, що дозволяє системно поєднати індивідуальний та організаційний рівні готовності в межах єдиної теоретичної рамки [4].

У цьому дослідженні положення моделі СОМ-В було адаптовано для визначення індивідуальних та організаційних детермінант готовності медичних працівників і системи ПМД до впровадження відповідної практики.

Оскільки розроблений Інструмент є авторським і передбачає адаптацію теоретичної моделі до конкретного професійного та організаційного контексту ПМД, необхідним етапом його розроблення є отримання доказів валідності, зокрема підтвердження відповідності змісту Інструменту визначеному змістовному наповненню, цільовій аудиторії та контексту його застосування [5]. Така перевірка є необхідною для встановлення того, наскільки зміст і формулювання пунктів Інструменту відповідають визначеному конструкту, охоплюють його основні компоненти, є релевантними для цільової популяції та однозначно сприймаються потенційними респондентами. Особливого значення це набуває для інструментів, призначених для оцінювання готовності до впровадження нових практик, оскільки помилки в інтерпретації окремих положень можуть призводити до систематичного зміщення результатів оцінювання.

Валідація новоствореного інструменту є багатетапним процесом, одним із початкових етапів якого є оцінювання змістової (контекстної) валідності (ступінь, у якому пункти інструменту адекватно представляють вимірюваний конструкт, на думку компетентних фахівців) та когнітивна валідація (ступінь, у якому цільові респонденти правильно розуміють, інтерпретують і можуть заповнити інструмент так, як це задумано розробниками) [5, 6].

Мета дослідження.

Оцінити змістовну та когнітивну валідність авторського інструменту оцінки готовності ПМД до впровадження послуг діагностики та лікування ІПСШ (РНС-STI-RAT-UA) шляхом послідовної структурованої експертної оцінки змістовної валідності та когнітивної валідації.

Об'єкт і методи дослідження.

Дослідження є за своїм типом методологічним дослідженням з розроблення та первинної валідації авторського інструменту (instrument development and validation study). Дослідження включало два послідовні етапи: 1) експертну оцінку змістової валідності авторського інструменту; 2) когнітивну валідацію із залученням представників цільової популяції. На першому етапі компетентні фахівці оцінювали релевантність, зрозумілість, однозначність та практичну придатність пунктів Інструменту щодо змісту інструменту та контексту його застосування. На другому етапі проводилося когнітивне тестування Інструменту представниками цільової популяції з метою оцінки того, як респонденти розуміють та інтерпретують формулювання пунктів, інструкції і варіанти відповідей, а також виявлення можливих труднощів під час його заповнення. Така послідовність дала змогу спочатку отримати експертні докази відповідності змісту Інструменту визначеному конструкту, а потім перевірити його зрозумілість та коректність сприйняття безпосередньо представниками цільової популяції.

Загальна характеристика інструменту. Інструмент оцінки готовності ПМД до впровадження послуг діагностики та лікування ІПСШ (РНС-STI-RAT-UA) включає 7 змістових блоків: А – профіль респондента (8 пунктів), В – досвід роботи з ІПСШ (4 пункти, компонент Behaviour моделі СОМ-В), С – готовність лікаря (10 тверджень за 5-бальною шкалою згоди; компоненти Capability + Motivation), D – організаційна та системна готовність закладу (13 тверджень; компонент Opportunity), Е – бар'єри впровадження (чек-лист із 10 позицій), F – пріоритетні освітні/підтримуючі потреби (чек-лист із 9 позицій), G – намір впровадження та загальна оцінка (3 пункти). Блок С містить один реверсивний пункт для контролю уважності заповнення [3].

На **першому етапі** проводилася експертна оцінка змістовної валідності. Було залучено 11 фахівців

різних дотичних до тематичної спрямованості Інструменту спеціальностей з досвідом роботи в практичній і науковій сфері (таблиця 1).

Змістова валідація Інструменту проводили дистанційно із застосуванням електронної форми Google Forms, створеної на основі розробленої анкети експерта [3] із забезпеченням анонімності відповідей експертів. Орієнтовна тривалість заповнення форми становила 20–30 хвилин.

Експертне оцінювання здійснювали на рівні окремих пунктів та структурних блоків Інструменту залежно від їх змісту і функціонального призначення. Кожен пункт блоків B, C і D, а також кожен інтегральний пункт блоку G експерти оцінювали за критерієм релевантності, тобто відповідності змісту пункту меті та предмету оцінювання. Для оцінювання використовували 4 бальну порядкову шкалу: 1 – не відповідає критерію; 2 – частково відповідає; 3 – переважно відповідає; 4 – повністю відповідає критерію. Блоки E і F, сформовані у вигляді чек-листів, оцінювали як цілісні структурні одиниці.

Таблиця 1 – Характеристика панелі експертів змістовної валідації Інструменту РНС-STI-RAT-UA (n=11)

Характеристика	Категорія	Кількість/відсоток
Науковий ступінь	Доктор наук	5/45,5
	Кандидат наук / доктор філософії	5 /45,5
	Без наукового ступеня	1 /9,1
Вчене звання	Професор	3 /27,3
	Доцент	5 /45,5
	Немає	3 /27,3
Спеціальність	Сімейна медицина	3 /27,3
	Дерматовенерологія	2 /18,2
	Громадське здоров'я	2 /18,2
	Організація охорони здоров'я	2 /18,2
	Медична освіта	1 /9,1
	Інфекційні хвороби	1 /9,1
Стаж практичної діяльності	До 10 років	3 /27,3
	10–20 років	2 /18,2
	Понад 20 років	6 /54,5
Досвід розробки рекомендацій/документів з ІПСШ/ПМД	Так	5 /45,5
	Ні	6 /54,5

Додатково кожен структурний блок Інструменту експерти оцінювали за трьома критеріями: зрозумілістю формулювань, їх однозначністю та практичною цінністю для використання Інструменту в цільовому професійному й організаційному контексті. Для цих критеріїв застосовували аналогічну 4-бальну шкалу. Поряд із кількісним оцінюванням експертам була надана можливість залишати коментарі та пропозиції у відкритому форматі щодо змісту, формулювання, структури, доцільності включення окремих пунктів та можливих напрямів удосконалення Інструменту. Основним критерієм для розрахунку показників змістової валідності була саме релевантність, тоді як зрозумілість, однозначність і практична цінність визначені додатковими критеріями експертної оцінки.

Кількісне оцінювання змістової валідності здійснювали шляхом розрахунку індексу змістової валідності (Content Validity Index, CVI) на рівні окремих пунктів та Інструменту в цілому [7–10]. Для кожного

оцінюваного елемента розраховували індекс змістової валідності на рівні пункту (Item-level Content Validity Index, I-CVI) як частку валідних числових оцінок 3 або 4 серед усіх наданих числових оцінок релевантності цього елемента. У випадках, коли експерт замість числової оцінки надавав текстовий коментар, таку відповідь не включали до знаменника при розрахунку I-CVI; у зв'язку з цим кількість валідних оцінок для окремих елементів становила 9–11. Значення I-CVI $\geq 0,78$ розглядали як прийнятний рівень змістової валідності пункту [9].

Змістову валідність Інструменту в цілому оцінювали за двома показниками: S-CVI/Ave (Scale-level Content Validity Index/Average), який розраховували як середнє значення I-CVI усіх оцінюваних пунктів, та S-CVI/UA (Scale-level Content Validity Index/Universal Agreement) – як частку пунктів, щодо яких усі експерти надали оцінку релевантності 3 або 4 бали. Значення S-CVI/Ave $\geq 0,90$ розглядали як показник високої змістової валідності Інструменту [8, 9].

Для перевірки стійкості отриманих результатів додатково проводили аналіз чутливості шляхом повторного розрахунку I-CVI та S-CVI після виключення оцінок експерта, профіль відповідей якого характеризувався найбільшою частотою розбіжностей із консолідованими оцінками експертної групи. Аналіз чутливості мав додатковий характер; основні показники змістової валідності розраховували за результатами оцінювання всієї експертної панелі.

На другому етапі проводилася когнітивна валідація. У реалізації етапу взяли участь 18 лікарів, які пройшли триденний очний навчальний семінар із синдромного підходу до ІПСШ (Івано-Франківська область). Когнітивне оцінювання проводили наприкінці третього дня навчання безпосередньо після заповнення учасниками основного Інструменту РНС-STI-RAT-UA, що дозволило отримати оцінки на основі їх безпосереднього досвіду роботи з повною версією Інструменту.

Інструментом когнітивної валідації стала структурована паперова анкета з 17 пунктів у 5 розділах: (1) загальне сприйняття анкети (зрозумілість інструкцій і формулювань, наявність подвійного трактування чи дублювання пунктів), (2) зручність заповнення (легкість вибору відповіді, достатність варіантів відповіді, наявність пунктів без зрозумілої відповіді), (3) обсяг анкети (суб'єктивна оцінка довжини, час заповнення в хвилинах, бажання припинити заповнення), (4) практичність (відповідність практиці сімейного лікаря, наявність непрактичних чи відсутніх пунктів), (5) загальна оцінка (легкість заповнення та придатність для сімейних лікарів за візуальною аналоговою шкалою 1–10, готовність рекомендувати використання, пропозиції щодо покращення) [3].

Результати когнітивної валідації аналізували методами описової статистики. Порядкові оцінки, отримані за 4-бальними шкалами, узагальнювали, додатково визначали розподіл відповідей за окремими категоріями. Для бінарних показників («так»/«ні»), що характеризували наявність потенційних проблем

із розумінням, інтерпретацією або заповненням Інструменту, розраховували абсолютну кількість і частку (%) респондентів, які повідомили про відповідну проблему. Загальні оцінки легкості заповнення та придатності PHC-STI-RAT-UA для використання сімейними лікарями, отримані за 10-бальними числовими рейтинговими шкалами, описували за допомогою медіани та міжквартильного інтервалу, а також середнього значення і стандартного відхилення. Тривалість заповнення Інструменту характеризували за допомогою медіани, міжквартильного інтервалу, середнього значення, стандартного відхилення та діапазону значень (мінімум–максимум). Відповіді на відкриті запитання та коментарі респондентів аналізували якісно шляхом змістового групування за основними категоріями виявлених проблем і пропозицій щодо вдосконалення Інструменту. Кількісні та якісні результати когнітивної валідації розглядали комплексно для визначення пунктів або структурних елементів PHC-STI-RAT-UA, які могли потребувати змістового, редакційного чи структурного доопрацювання.

Участь в обох етапах валідації була добровільною та анонімною. Перед участю респондентам надавали інформацію про мету дослідження, характер їхньої участі та використання отриманих даних. Результати аналізували та представляли виключно в узагальненому вигляді без можливості ідентифікації окремих учасників.

Результат дослідження та їх обговорення.

Комплексний аналіз результатів експертного оцінювання засвідчив високий рівень змістової валідності Інструменту в цілому. Значення індексу змістової валідності на рівні шкали, розрахованого як середнє значення індексів окремих оцінюваних елементів (S-CVI/Ave), становило 0,925, що перевищувало попередньо визначений поріг високої змістової валідності ($\geq 0,90$). Водночас показник універсальної згоди експертів (S-CVI/UA) становив 0,219, що свідчило про

Таблиця 2 – Показники змістовної валідності Інструменту PHC-STI-RAT-UA за результатами експертного оцінювання

Блок Інструменту	Зміст	Кількість оцінюваних елементів, n	I-CVI, діапазон	Узагальнений показник	S-CVI/UA
PHC-STI-RAT-UA загалом	Усі оцінювані елементи Інструменту	32	0,89–1,00	S-CVI/Ave = 0,925	0,219
B	Досвід роботи з ІПСШ	4	0,90–0,91	середнє I-CVI = 0,905	–
C	Готовність лікаря (Capability + Motivation)	10	0,90–1,00	середнє I-CVI = 0,924	–
D	Готовність закладу ПМД (Opportunity)	13	0,91–1,00	середнє I-CVI = 0,944	–
E*	Бар'єри впровадження	1	0,89	–	–
F*	Освітні / підтримуючі потреби	1	0,89	–	–
G	Намір впровадження / загальна оцінка	3	0,89–0,91	середнє I-CVI = 0,899	–

Примітки: I-CVI (Item-level Content Validity Index) — індекс змістової валідності окремого оцінюваного елемента; S-CVI/Ave (Scale-level Content Validity Index/Average) — середнє значення I-CVI для всіх оцінюваних елементів Інструменту; S-CVI/UA (Scale-level Content Validity Index/Universal Agreement) — частка елементів, щодо яких усі експерти надали оцінку релевантності 3 або 4 бали. Пороговими значеннями прийнятності вважали I-CVI $\geq 0,78$ та S-CVI/Ave $\geq 0,90$; * Блоки E та F оцінювали як цілісні структурні одиниці (чек-листи). У додатковому аналізі чутливості після виключення оцінок одного експерта з систематично відмінним профілем оцінювання S-CVI/Ave та S-CVI/UA становили 1,00.

Таблиця 3 – Експертна оцінка зрозумілості, однозначності та практичної цінності Інструменту PHC-STI-RAT-UA та його окремих блоків

Блок Інструменту	Зміст	Зрозумілість, M $\pm$ SD	Однозначність, M $\pm$ SD	Практична цінність, M $\pm$ SD
PHC-STI-RAT-UA загалом	Усі оцінювані елементи Інструменту	3,82	3,91	3,94
B	Досвід роботи з ІПСШ	3,55 $\pm$ 1,04	3,82 $\pm$ 0,60	4,00 $\pm$ 0,00
C	Готовність лікаря (Capability + Motivation)	4,00 $\pm$ 0,00*	3,91 $\pm$ 0,30	3,90 $\pm$ 0,32*
D	Готовність закладу ПМД (Opportunity)	4,00 $\pm$ 0,00	4,00 $\pm$ 0,00	3,91 $\pm$ 0,30
E	Бар'єри впровадження	3,82 $\pm$ 0,60	3,91 $\pm$ 0,30	4,00 $\pm$ 0,00
F	Освітні / підтримуючі потреби	3,82 $\pm$ 0,60	4,00 $\pm$ 0,00	4,00 $\pm$ 0,00
G	Намір впровадження / загальна оцінка	3,73 $\pm$ 0,47	3,82 $\pm$ 0,40	3,82 $\pm$ 0,40

Примітки: Оцінювання проводили за 4-бальною шкалою, де вищі значення відповідали більш позитивній оцінці критерію; ¹ – для PHC-STI-RAT-UA загалом наведено середнє арифметичне середніх значень відповідного критерію для шести структурних блоків; цей показник має описовий характер і не є середнім індивідуальних експертних оцінок Інструменту в цілому; * n=10 (один експерт не надав числової оцінки за відповідним критерієм).

відсутність повної однаковості експертних оцінок для частини елементів Інструменту. Із 57 пунктів Інструменту індивідуальну експертну оцінку релевантності отримали 30 пунктів блоків B, C, D і G; блоки E та F, представлені у форматі чек-листів, оцінювали як цілісні структурні одиниці. Таким чином, до розрахунку показників змістової валідності було включено 32 оцінювані елементи. Значення I-CVI для них варіювали від 0,89 до 1,00; жоден з оцінюваних елементів не мав значення нижче попередньо визначеного порогу прийнятності I-CVI $\geq 0,78$ (таблиця 2).

Детальний аналіз розподілу експертних оцінок показав, що всі 25 випадків оцінювання релевантності нижче 3 балів надані одним із 11 експертів; решта 10 експертів не надали жодної оцінки релевантності нижче 3 балів. З огляду на виражену концентрацію розбіжних оцінок в одного учасника експертної панелі було проведено додатковий аналіз чутливості. Після виключення оцінок цього експерта та повторного розрахунку показників S-CVI/Ave і S-CVI/UA обидва індекси становили 1,00. Отримані результати аналізу чутливості підтвердили, що

Таблиця 4 – Середні оцінки якості Інструменту PHC-STI-RAT-UA за результатами когнітивної валідації

Показник (шкала)	Середня оцінка, $M \pm SD$	Кількість оцінок, n
Зрозумілість інструкцій (1–4)	3,83±0,38	18
Зрозумілість формулювань питань (1–4)	3,78±0,43	18
Легкість вибору відповіді (1–4)	3,56±0,51	18
Достатність варіантів відповіді (1–3)	2,72±0,57	18
Відсутність бажання припинити заповнення (реверс., 1–4)	4,00±0,00	17
Відповідність практики сімейного лікаря (1–4)	3,59±0,51	17
Готовність рекомендувати використання (1–4)	4,00±0,00	18
Легкість заповнення (VAS 1–10)	9,72±0,46	18
Придатність для сімейних лікарів (VAS 1–10)	9,94±0,24	18

зниження показника універсальної згоди в основному аналізі було зумовлене систематично відмінним профілем оцінювання одного експерта, тоді як серед решти учасників експертної панелі спостерігалася повна узгодженість позитивних оцінок релевантності.

Оцінка блоків за критеріями зрозумілості, однозначності та практичної цінності показала, що середні оцінки перебували в діапазоні 3,55–4,00 (максимум 4,00) (таблиця 3). Найнижчу оцінку зрозумілості отримали блок В (3,55±1,04) та блок G (3,73±0,47), що узгоджується з якісними зауваженнями експертів щодо термінологічної неоднозначності поняття «синдромний підхід».

Отже, усі 11 експертів (100%) визнали, що анкета відповідає заявленій меті дослідження. Логічність структури підтвердили 10 із 11 (90,9%); використання без суттєвих змін рекомендували 10 із 11 (90,9%), 1 (9,1%) – після незначного доопрацювання. Жоден експерт не рекомендував відмову від використання інструменту.

Результати якісного аналізу коментарів експертів показали, що повторювані зауваження стосувалися: потреби в чіткому визначенні терміну «синдромний підхід» у преамбулі (3 незалежні коментарі); невідповідності пункту SYS_HR2 (розширення функцій медичної сестри) рівню компетенції лікаря; недостатньо охоплююче формулювання заголовків блоків E і F; неоднозначного формату відповіді на G3. Серед пропозицій виявлено рекомендації доповнення блоку C пунктами про консультування підлітків віком старше 14 років без присутності батьків та про недискримінаційне спілкування з представниками ключових груп ризику інфікування ІПСШ.

Другий етап дослідження, присвячений когнітивній валідації Інструменту PHC-STI-RAT-UA показав, що фактичний час заповнення анкети становив у середньому 7,2 хв (медіана 5 хв; діапазон 5–12 хв), що суттєво менше орієнтовних 15–18 хв, закладених у

преамбулі анкети [3]. Усі 18 респондентів (100%) оцінили обсяг анкети як «оптимальний»; оцінок «занадто коротка» чи «занадто довга» не отримано. Середні оцінки учасників дослідження за розділами 1, 2 і 4 анкети (шкала 1–4) та прямі шкали задоволеності (VAS 1–10) наведено в таблиці 4.

Показники легкості заповнення (9,72/10) і придатності для сімейних лікарів (9,94/10) – близькими до максимальних значень шкали, що є емпіричним підтвердженням прийнятного навантаження на респондента. В той же час, частина респондентів відмітили конкретні проблеми та недоліки при заповненні Інструменту. Результати аналізу таких проблем представлені в таблиці 5.

Результати якісного аналізу коментарів учасників когнітивної валідації Інструменту показав, що домінуючою темою (2 незалежні коментарі) була невідповідність вузького фокусу анкети (виключно сімейні лікарі) фактичному складу учасників навчального семінару, який охоплював кілька спеціальностей; респонденти пропонували або розширити анкету на «практикуючого лікаря» загалом, або розробити окремі версії. Серед одиничних зауважень – потреба відобразити часткову (а не лише повну/відсутню) забезпеченість закладу ресурсами (тестами, препаратами) в блоці D, і пропозиція додати питання про роль лікаря-гінеколога, свідомо виключене за задумом інструменту (фокус на сімейних лікарях). Серед причин утруднення з відповіддю (Q7 [3], 22,2%) респонденти називали нестачу власних знань щодо дозування препаратів та невизначеність щодо конкретних кроків впровадження на рівні власного закладу. Переважна більшість довірливих коментарів у підсумковому розділі мали позитивний, схвальний характер («анкета гарна, чітко сформована», «все влаштовує»).

Загалом, результати проведеної змістовної валідації Інструменту PHC-STI-RAT-UA показали, що отримане значення S-CVI/Ave (0,925) перевищує загальноприйнятий поріг «відмінної» змістової валідності ($\geq 0,90$) [8], а мінімальний I-CVI (0,89) перевищує поріг прийнятності окремого пункту (0,78) для панелі такого розміру [9]. Це свідчить, що структура й зміст PHC-STI-RAT-UA, включно з подвійним рівнем оцінки: індивідуальна готовність лікаря (Capability/Motivation) та системна готовність закладу (Opportunity моделі COM-B) [4] сприймаються фаховою спільнотою як релевантні заявленій меті. Низьке значення S-CVI/UA (0,219) слід інтерпретувати з урахуванням високої чутливості цього показника до окремих розбіжних експертних оцінок, оскільки метод універсальної згоди передбачає повну узгодженість оцінок усіх експертів щодо кожного пункту. За наявності більшої експертної панелі така вимога може призводити до суттєвого зниження S-CVI/UA навіть за високих значень I-CVI та S-CVI/Ave [8]. У нашому дослідженні розбіжність повністю зосереджена в оцінках одного експерта; після його виключення S-CVI/UA=1,00. Це не підстава для формального

Таблиця 5 – Частка респондентів, що виявили проблеми при заповненні Інструменту PHC-STI-RAT-UA за типом проблеми або недоліків

Виявлена проблема/недолік	Респонденти, n/N (%)
Наявність питань із подвійним трактуванням	1/17 (5,9)
Наявність питань, що дублюються за змістом	0/18 (0,0)
Наявність питань, для яких складно обрати відповідь	4/18 (22,2)
Наявність питань без практичної цінності	0/17 (0,0)
Відсутність важливих питань або аспектів	1/17 (5,9)

відхилення його оцінок, швидше може вказувати на необхідність додаткового уточнення окремих положень Інструменту або інструкцій щодо їх експертного оцінювання.

Результати когнітивної валідації узгоджуються з результатами експертного етапу й додатково підтверджують практичну придатність інструменту: середній час заповнення (7,2 хв) виявився суттєво коротшим за орієнтовний. Водночас найвища частка утруднень (22,2%) були пов'язані переважно не з незрозумілістю формулювань, а з невпевненістю респондентів щодо окремих клінічних та організаційних аспектів впровадження послуг. Повторювана якісна тема учасниками когнітивної валідації (невідповідність фокусу анкети (сімейні лікарі) багатопрофільному складу учасників навчання) не є дефектом самого Інструменту, який розроблявся саме для сімейних лікарів. Однак є важливим організаційним висновком щодо відбору учасників майбутніх раундів анкетування: до заповнення анкети готовності ПМД до послуг діагностики і лікування ІПСШ доцільно залучати виключно сімейних лікарів, а не всіх учасників багатопрофільного навчального заходу. Отримані на обох етапах якісні зауваження не ставлять під сумнів релевантність жодного пункту Інструменту, однак вказують на конкретні редакційні недоліки, які плануються усунути до польового пілотування.

Обмеження дослідження. Отримані результати слід інтерпретувати з урахуванням кількох обмежень. По-перше, блоки бар'єрів і освітніх потреб на етапі експертного оцінювання розглядали як цілісні структурні одиниці, що не дозволило оцінити I-CVI для окремих пунктів цих блоків. По-друге, розмір експертної панелі (n=11) був достатнім для оцінювання змістової валідності, однак не передбачав проведення змістових порівнянь за характеристиками експертів. По-третє, когнітивну валідацію проведено на відносно невеликій вибірці лікарів (n=18), що об-

межує можливість узагальнення отриманих результатів. По-четверте, асинхронний дистанційний формат експертного оцінювання не передбачав можливості уточнення інтерпретації окремих формулювань у реальному часі. Нарешті, проведене дослідження забезпечило первинні докази змістової валідності та зрозумілості PHC-STI-RAT-UA, однак його психометричні властивості потребують подальшого вивчення на більшій і географічно різноманітній вибірці. Використання Інструменту поза українським мовним і регуляторним контекстом також потребуватиме відповідної культурної адаптації та повторної валідації.

Висновки.

Авторський інструмент PHC-STI-RAT-UA продемонстрував високий рівень змістової валідності за оцінкою експертної панелі (S-CVI/Ave=0,925; мінімальний I-CVI=0,89) та високий рівень когнітивної валідності за результатами апробації серед 18 респондентів: середні оцінки зрозумілості й практичної придатності перебували в діапазоні 3,55–4,00 з максимуму 4,00, а показники легкості заповнення та відповідності потребам сімейних лікарів – 9,72 та 9,94 з максимуму 10,00. Жоден із 32 оцінюваних елементів не досяг попередньо визначеного критерію для перегляду або вилучення за показником I-CVI; частка респондентів, які повідомили про суттєві труднощі при заповненні, не перевищувала 22,2% і переважно відображала прогалини власних клінічних знань, а не вади формулювань. Виявлені на обох етапах зауваження мають переважно редакційний, а не структурний характер. З урахуванням запланованих правок інструмент є придатним для переходу до польового пілотного дослідження психометричних властивостей.

Перспективи подальших досліджень.

Полягають у польовому пілотному дослідженні інструменту на більш репрезентативній вибірці сімейних лікарів кількох регіонів України з оцінкою його психометричних властивостей.

Література

1. World Health Organization. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030: 2026 mid-term progress report. Geneva: World Health Organization; 2026. 122 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/787f968f-9441-48a3-9641-c1c16fcc66a2/content>
2. World Health Organization. Recommendations on the delivery of health services for the prevention and care of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2025. 68 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3bc57a6-0bb0-4c2c-b4a6-8bd5025ccd7a/content>
3. Basarab YO, Myroniuk IS. PHC-STI-RAT-UA v1.0: avtorskyi instrument otsiniuvannya hotovnosti pervynnoi medychnoi dopomohy do nadання posluh z diahnostryky ta likuvannya IPSSH [Internet]. Uzhhorod: UzhNU; 2026. Dostupno: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/items/40ce537d-93b0-40d5-af7f-7a86dbc0e9e1> [in Ukrainian].
4. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
5. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. Qual Life Res. 2018;27(5):1159-70. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>
6. Mokkink LB, Herbelet S, Tuinman PR, Terwee CB. Content validity: judging the relevance, comprehensiveness, and comprehensibility of an outcome measurement instrument – a COSMIN perspective. J Clin Epidemiol. 2025;185:111879. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.111879>
7. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. Front Public Health. 2018;6:149. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
8. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
9. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 2007;30(4):459-67. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
10. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. J Clin Nurs. 2007;16(2):234-43. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>

ЗМІСТОВНА ТА КОГНІТИВНА ВАЛІДНІСТЬ АВТОРСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ ОЦІНКИ ГОТОВНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (PHC-STI-RAT-UA)

Миронюк І. С., Басараб Я. О.

Резюме. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються актуальною проблемою громадського здоров'я. Інтеграція послуг їх профілактики, діагностики та лікування на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) потребує одночасної готовності медичних працівників і закладів охорони здоров'я. Це означає потребу у валідованому інструменті для комплексної оцінки індивідуальної та організаційної готовності ПМД до впровадження таких послуг.

Мета дослідження: оцінити змістову та когнітивну валідність авторського інструменту оцінки готовності ПМД до впровадження послуг діагностики та лікування ІПСШ (PHC-STI-RAT-UA) шляхом послідовної структурованої експертної оцінки змістової валідності та когнітивної валідації.

Проведено методологічне дослідження первинної валідації інструменту у два етапи: експертна оцінка змістової валідності за участю 11 фахівців та когнітивна валідація за участю 18 лікарів ПМД. Релевантність оцінювали за 4-бальною шкалою з розрахунком I-CVI та S-CVI. Когнітивне тестування аналізували методами описової статистики та якісного аналізу відповідей.

Авторський інструмент PHC-STI-RAT-UA продемонстрував високий рівень змістової валідності за оцінкою експертної панелі: S-CVI/Ave=0,925, значення I-CVI становили 0,89–1,00. Жоден із 32 оцінених елементів не мав показника I-CVI нижче встановленого критерію прийнятності. Експертні оцінки зрозумілості, однозначності та практичної цінності перебували в діапазоні 3,55–4,00 з максимального значення 4,00. Когнітивна валідація підтвердила високу прийнятність інструменту: середній час його заповнення становив 7,2 хв, легкість заповнення оцінено у 9,72/10, а відповідність потребам сімейних лікарів – у 9,94/10. Про труднощі під час заповнення повідомили не більше 22,2% респондентів; переважна їх частина була пов'язана з окремими клінічними або організаційними аспектами, а не з незрозумілістю формулювань. Виявлені зауваження мали переважно редакційний характер і не потребували структурної зміни інструменту.

PHC-STI-RAT-UA продемонстрував високі показники змістової та когнітивної валідності, зрозумілості та практичної придатності. З урахуванням запланованих редакційних правок інструмент може бути використаний для переходу до польового пілотного дослідження та подальшої оцінки його психометричних властивостей.

Ключові слова: інфекцій, що передаються статевим шляхом, первинна медична допомога, готовність до впровадження, змістова валідність, PHC-STI-RAT-UA.

CONTENT AND COGNITIVE VALIDITY OF THE PHC-STI-RAT-UA TOOL FOR ASSESSING PRIMARY HEALTH CARE READINESS TO IMPLEMENT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS DIAGNOSIS AND TREATMENT SERVICES

Myroniuk I. S., Basarab Y. O.

Abstract. Sexually transmitted infections (STIs) remain an important public health concern. Integrating STI prevention, diagnosis, and treatment services into primary health care (PHC) requires simultaneous readiness of health care professionals and health care facilities. This highlights the need for a validated tool to comprehensively assess individual and organizational readiness of PHC for the implementation of such services.

The aim of the study assess the content and cognitive validity of the author-developed PHC-STI-RAT-UA tool for assessing PHC readiness to implement STI diagnosis and treatment services through a sequential, structured expert assessment of content validity and cognitive validation.

A methodological study of the initial validation of the PHC-STI-RAT-UA was conducted in two stages: expert assessment of content validity involving 11 experts and cognitive validation involving 18 PHC physicians. Item relevance was assessed using a four-point scale, with calculation of the Item-Level Content Validity Index (I-CVI) and Scale-Level Content Validity Index (S-CVI). Cognitive testing was analyzed using descriptive statistics and qualitative analysis of participants' responses.

The author-developed PHC-STI-RAT-UA demonstrated a high level of content validity according to the expert panel: S-CVI/Ave=0.925, with I-CVI values ranging from 0.89 to 1.00. None of the 32 assessed elements had an I-CVI below the predefined acceptability threshold. Expert ratings of clarity, unambiguity, and practical value ranged from 3.55 to 4.00 out of 4.00. Cognitive validation confirmed the high acceptability of the tool: the mean completion time was 7.2 minutes, ease of completion was rated 9.72/10, and suitability for family physicians was rated 9.94/10. No more than 22.2% of respondents reported difficulties during completion; most were related to specific clinical or organizational aspects rather than unclear wording. The identified comments were predominantly editorial and did not require structural modification of the tool.

The PHC-STI-RAT-UA demonstrated high levels of content and cognitive validity, clarity, and practical applicability. Following the planned editorial revisions, the tool can proceed to field pilot testing and further evaluation of its psychometric properties.

Key words: sexually transmitted infections, primary health care, implementation readiness, content validity, PHC-STI-RAT-UA.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Myroniuk I. S.: <https://orcid.org/0000-0003-4203-4447>^{AF}

Basarab Y. O.: <https://orcid.org/0000-0001-7644-0713>^{AB CDE}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Басараб Ярослав Олексійович

Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»

Україна, 04050, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка 81

Тел.: +380951623166

Тел.: basarab.yaroslav.doc@gmail.com

A – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє не-обмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 03.05.2026 року

Стаття прийнята до друку 18.08.2026 року

Опубліковано 29.09.2026 року