

УДК 378.147:615.8-051

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-3-13>

Андрій ФЕДОСОВ

доктор фармацевтичних наук, професор, директор Інституту медичних та фармацевтичних наук, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», fedosov.a@ukr.net

ORCID: 0000-0003-1180-9836

Ігор МАРЦЕНЮК

кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, завідувач кафедри терапії та реабілітації, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID: 0000-0001-8505-6019

Тарас ГУСЄВ

кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, доцент кафедри терапії та реабілітації, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID: 0009-0000-1659-8631

Ярослав СИБІРЯКІН

доктор філософії в галузі знань «Охорона здоров'я», спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія, доцент, доцент кафедри терапії та реабілітації, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID: 0000-0002-5758-1577

**ТРАНСФОРМАЦІЯ ОСВІТНЬОЇ ПАРАДИГМИ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ:
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ**

У статті здійснено комплексне теоретико-аналітичне дослідження трансформації системи підготовки фізичних терапевтів в Україні в контексті євроінтеграційних процесів та викликів сучасності.

Аналіз досліджень. На основі порівняльного аналізу вітчизняного та міжнародного досвіду (США, Канада, країни ЄС) обґрунтовано сутність зміни освітньої парадигми: перехід від традиційної біомедичної моделі, сфокусованої на хворобі, до біопсихосоціальної моделі, що базується на МКФ та управлінні функціональним станом людини.

Мета. Теоретично обґрунтувати трансформації освітньої парадигми підготовки фізичних терапевтів шляхом моделювання та порівняльного аналізу вітчизняної та міжнародних систем освіти.

Методи і матеріали: аналіз та синтез наукової літератури, нормативно-правових документів та освітніх стандартів; порівняльно-педагогічний метод; метод моделювання; системний підхід.

Результати. Застосовуючи метод моделювання, автори виокремили та порівняли два типи освітніх систем: «Міжнародну автономну модель» (цільовий орієнтир) та «Вітчизняну транзитну модель» (поточний стан). Визначено фундаментальні розбіжності між ними, які полягають у рівні професійної автономії випускника, методології прийняття клінічних рішень (Clinical Reasoning) та архітектоніці практичної підготовки. Встановлено, що ключовими бар'єрами модернізації вітчизняної освіти є «техноцентризм» у викладанні, фрагментарність клінічної практики та домінування протокольного мислення над аналітичним. Зроблено висновок про необхідність системного впровадження компетентнісного підходу та інструментів об'єктивного оцінювання (OSCE) для формування фахівця, здатного до автономної професійної діяльності.

Ключові слова: фізична терапія, освітня парадигма, професійна підготовка, біопсихосоціальна модель, клінічне мислення, міжнародні стандарти, спеціальність «Терапія та реабілітація», автономія фахівця.

Andrii Fedosov, Igor Martseniuk, Taras Gusev, Yaroslav Sibiryakin. TRANSFORMATION OF THE EDUCATIONAL PARADIGM OF PHYSICAL THERAPIST TRAINING: A COMPARATIVE ANALYSIS OF DOMESTIC AND INTERNATIONAL EXPERIENCE

The article carries out a comprehensive theoretical and analytical study of the transformation of the system of training physical therapists in Ukraine in the context of European integration processes and challenges of modernity.

Analysis of research. Based on a comparative analysis of domestic and international experience (USA, Canada, EU countries), the essence of the change in the educational paradigm is substantiated: the transition from the traditional biomedical model focused on disease to the biopsychosocial model based on the ICF and management of the functional state of a person.

Purpose. To theoretically substantiate the transformation of the educational paradigm of physical therapist training through modeling and comparative analysis of domestic and international education systems.

© А. Федосов, І. Марценюк, Т. Гусєв, Я. Сибірякін, 2025

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Methods and materials: analysis and synthesis of scientific literature, regulatory documents and educational standards; comparative pedagogical method; modeling method; systemic approach.

Results. Using the modeling method, the authors identified and compared two types of educational systems: the "International Autonomous Model" (target benchmark) and the "Domestic Transit Model" (current state). The fundamental differences between them are identified, which consist in the level of professional autonomy of the graduate, the methodology of clinical decision-making (Clinical Reasoning), and the architectonics of practical training. It was established that the key barriers to the modernization of domestic education are "technocentrism" in teaching, fragmentation of clinical practice and dominance of protocol thinking over analytical thinking.

Conclusions. The conclusion was made about the need for systematic implementation of a competency approach and objective assessment tools (OSCE) to form a specialist capable of autonomous professional activity.

Key words: physical therapy, educational paradigm, professional training, biopsychosocial model, clinical thinking, international standards, specialty "Therapy and Rehabilitation", autonomy of a specialist.

Вступ. Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я України характеризується фундаментальними змінами, зумовленими євроінтеграційними процесами та безпрецедентними викликами, пов'язаними з військовою агресією. Зростання кількості осіб з бойовими травмами, ампутаціями та порушеннями функціонування опорно-рухового апарату актуалізує потребу у висококваліфікованих фахівцях з реабілітації, здатних працювати автономно та ефективно [4; 7].

Проте, наявна система підготовки фахівців за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» перебуває у стані транзиту. Основна проблема полягає у конфлікті між традиційною для пострадянського простору «біомедичною» моделлю освіти (орієнтація на діагноз та виконання призначень лікаря) та сучасною світовою «біопсихосоціальною» парадигмою (орієнтація на функціонування, якість життя та автономію фізичного терапевта) [5]. Невідповідність компетентностей випускників вимогам сучасного клінічного середовища створює розрив між теоретичною підготовкою та практичною діяльністю, що вимагає негайного перегляду освітніх стратегій з урахуванням стандартів World Physiotherapy [1; 6].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Питання професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії є предметом активних наукових дискусій.

Кормільцев В. В., Лазарева О. Б. та ін. (2022) у своєму аналізі наголошують, що освітні програми країн ЄС чітко корелюють з рекомендаціями Всесвітньої конфедерації фізичної терапії (WCPT), де ключовим є компетентнісний підхід [2].

Белкова Т. О. (2024) детально дослідила систему підготовки в університетах Канади, акцентуючи на значному обсязі клінічної практики (понад 1000 годин) та жорстких вимогах до акредитації програм, що забезпечує високу якість випускників [3].

Фастівець А. В. (2021, 2023) та Сігова А. Г. (2025) розглядають досвід Австрії, Норвегії та інших країн Європи, підкреслюючи важливість академічної мобільності та гармонізації навчальних планів для визнання українських дипломів за кордоном [4; 5; 6].

Слухенська Р. В. (2024) звертає увагу на необхідність інтеграції знань із суміжних галузей (психологія, педагогіка, біоінженерія) для формування цілісного погляду на пацієнта [7].

Попри значну кількість праць, у науковому дискурсі недостатньо висвітлено питання моделювання типових освітніх систем та їх порівняльний аналіз саме на рівні зміни філософських парадигм викладання, а не лише переліку дисциплін.

Формулювання мети статті (постановка завдання). Мета статті полягає у теоретичному обґрунтуванні трансформації освітньої парадигми підготовки фізичних терапевтів шляхом моделювання та порівняльного аналізу вітчизняної та міжнародних систем освіти.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутність зміни освітніх парадигм у контексті переходу від медичної до біопсихосоціальної моделі реабілітації.
2. Використовуючи метод моделювання, побудувати структурно-функціональні моделі підготовки фізичного терапевта в країнах з розвинутою системою реабілітації (США, Канада, ЄС) та в Україні.
3. Здійснити порівняльний аналіз виокремлених моделей за критеріями: зміст навчання, роль клінічної практики, автономія фахівця.
4. Окреслити перспективи імплементації кращих міжнародних практик у вітчизняний освітній простір.

Для вирішення поставлених завдань використано комплекс теоретико-аналітичних методів:

- **Аналіз та синтез** наукової літератури, нормативно-правових документів та освітніх стандартів – для визначення теоретичних засад дослідження.
- **Порівняльно-педагогічний метод** – для зіставлення змісту освітніх програм (curriculum) України та країн Північної Америки і Європи.
- **Метод моделювання** – для створення узагальнених моделей («Міжнародна автономна модель» та «Вітчизняна транзитна модель») освітньої підготовки, що дозволяє візуалізувати відмінності у підходах.

Системний підхід – для розгляду професійної підготовки як цілісної системи, що включає

теоретичне навчання, клінічну практику та формування професійної ідентичності.

Виклад основного матеріалу дослідження. Трансформація освіти базується на зміні розуміння суті реабілітації. Як зазначають Фастівець А. В. (2023) та Слухенська Р. В. (2024), сучасна освіта має будуватися навколо Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Це означає, що студент має навчитися не просто застосовувати фізичні вправи для певного органу, а розуміти, як ці втручання вплинуть на активність людини та її участь у житті суспільства [5; 7].

На основі виокремлених характеристик та аналізу фахових джерел [2; 3; 4; 5; 6; 7] нами складено порівняльну таблицю, що демонструє фундаментальні відмінності між міжнародними стандартами та поточним станом вітчизняної освіти (табл. 1).

Здійснений порівняльний аналіз демонструє фундаментальну дихотомію між міжнародними стандартами підготовки фізичних терапевтів (Модель А) та поточним станом вітчизняної освіти (Модель Б). Розбіжності починаються на рівні філософського базису: якщо міжнародна модель безальтернативно спирається на біопсихосоціальну парадигму та Міжнародну класифікацію функціонування (МКФ), розглядаючи пацієнта

через призму його участі в соціумі, то вітчизняна модель, попри декларування змін, на практиці зберігає виражені риси біомедичного підходу з фокусом на відновленні структури органу. Ця філософська відмінність безпосередньо детермінує кінцеву мету освітнього процесу: Модель А спрямована на формування автономного клініциста, готового до «прямого доступу» та повної відповідальності за диференційну діагностику, тоді як Модель Б продовжує продукувати фахівців, орієнтованих на роботу в ієрархічній підпорядкованості лікарю фізичної та реабілітаційної медицини, що суттєво звужує їхню професійну суб'єктність.

Наступним критичним вектором розбіжностей є когнітивна основа прийняття клінічних рішень та організація практичної підготовки. Як видно з таблиці, міжнародний стандарт вимагає формування у студента навичок клінічного мислення (Clinical Reasoning) – гнучкого процесу генерації та перевірки гіпотез на основі доказової медицини. Натомість у вітчизняній транзитній моделі часто домінує «техноцентризм» та протокольне мислення, де пріоритет надається запам'ятовуванню технік або виконанню стандартних інструкцій без глибокого аналізу клінічного контексту. Цей розрив поглиблюється різною архітектонікою клінічного

Таблиця 1

Порівняльна характеристика моделей професійної підготовки фізичних терапевтів

Критерій порівняння	Модель А: Міжнародна автономна (США, Канада, ЄС)	Модель Б: Вітчизняна транзитна (Україна)
1. Філософська основа	Біопсихосоціальна модель. Фокус на МКФ, участі пацієнта в житті суспільства та якості життя [5; 7; 26].	Змішана (Біомедична + Елементи МКФ). Домінує фокус на відновленні структури/функції органу; МКФ впроваджується, але часто формально [5; 20].
2. Мета підготовки	Автономний фахівець. Готовність до «прямого доступу» (Direct Access), відповідальність за диференційну діагностику [3; 4].	Фахівець мультидисциплінарної команди. Робота під керівництвом лікаря ФРМ, обмежена автономія у прийнятті рішень [2; 6].
3. Основа прийняття рішень	Clinical Reasoning (Клінічне мислення). Гнучкий процес висунення гіпотез. Доказова медицина (ЕВР) є імперативом для кожного рішення [4; 13; 17].	Протокольне мислення / Техноцентризм. Орієнтація на виконання стандартних протоколів або набору технік без глибокого аналізу ситуації [5; 16].
4. Клінічна практика	Інтегрована та масштабна. Обсяг >1000 годин (вимога WCPT/Канади). Починається з 1-го курсу. Активна участь у лікуванні [3; 8; 14].	Блокова та фрагментарна. Обсяг часто менший за міжнародні норми або реалізується у формі пасивного спостереження [2; 3; 5].
5. Роль викладача	Ментор / Клініцист. Вимога наявності наукового ступеня (PhD) та активної клінічної практики [3; 9].	Лектор / Теоретик. Часто викладають фахівці без профільної освіти з фізичної терапії (лікарі, педагоги) або без актуальної практики [5; 6].
6. Оцінювання компетентностей	OSCE (Об'єктивний структурований клінічний іспит). Перевірка практичних навичок та комунікації у симульованих умовах [4; 24].	Тестовий контроль (ЄДКІ, Крок). Перевірка знань, а не вмінь. Практичні іспити часто суб'єктивні [5; 10].
7. "Soft Skills"	Ключовий компонент. Комунікація, емпатія та етика викладаються та оцінюються як окремі результати навчання [7; 26].	Другорядний компонент. Вивчаються в рамках гуманітарного блоку, рідко інтегровані в клінічні дисципліни [7].

навчання: Модель А передбачає наскрізну, інтегровану практику обсягом понад 1000 годин з активним залученням студента до лікувального процесу, тоді як Модель Б характеризується фрагментарністю практичної підготовки, яка часто носить ознайомчий характер та не забезпечує достатнього рівня клінічного занурення.

Завершує порівняльну характеристику аналіз підходів до оцінювання компетентностей та ролі «м'яких навичок». Таблиця ілюструє, що міжнародна практика відмовляється від перевірки виключно теоретичних знань на користь об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSCE), який дозволяє комплексно оцінити мануальні, комунікативні та аналітичні здібності майбутнього фахівця. У вітчизняній системі переважають тестові форми контролю, які не здатні повною мірою верифікувати практичну готовність випускника. Крім того, виявлено суттєву відмінність у ставленні до комунікативних компетентностей (soft skills): якщо в Моделі А вони визнаються ядром професійної майстерності та підлягають суворому оцінюванню, то в Моделі Б вони часто залишаються на периферії навчального плану, розглядаючись як другорядний додаток до технічних навичок. Таким чином, проведений аналіз підтверджує, що перехід від Моделі Б до Моделі А вимагає не лише оновлення змісту дисциплін, а й глибинної трансформації педагогічних стратегій та культури оцінювання.

Дискусія. Проведене дослідження та порівняльний аналіз моделей підготовки фізичних терапевтів актуалізують глибоку наукову дискусію щодо фундаментальних розбіжностей між задекларованими освітніми стандартами та реальною педагогічною практикою в Україні. Отримані результати підтверджують тези Андрійчук О. Я. (2021) про те, що вітчизняна система освіти перебуває у стані складної трансформації, де співіснують рудименти пострадянської «медичної моделі» та паростки сучасної «біопсихосоціальної парадигми» [1]. Ключовим предметом дискусії стає не просто наповнення навчальних планів, а зміна філософії професії, адже, як слушно зауважують Мазепа М. А. (2019) та Слухенська Р. В. (2024), без впровадження Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) як способу мислення, а не лише інструменту кодування, підготовка фахівців ризикує залишитися на рівні технічного виконання процедур без розуміння цілісної картини здоров'я пацієнта [7; 23].

Особливої гостроти набуває питання професійної автономії та клінічної відповідальності. Аналіз міжнародних документів, зокрема Vision 2020 Американської асоціації фізичної терапії [25] та рамових вимог World Physiotherapy [8], свідчить, що світовий стандарт (Модель А) безальтернативно орієнтований на підготовку фахівця «прямого

доступу». Водночас, вітчизняні дослідники Фастівець А. В. (2023) та Голяка С. К. (2019) констатують наявність системного конфлікту: Стандарт вищої освіти України [10] вимагає від випускника здатності до складного клінічного мислення, тоді як реальна клінічна практика часто обмежує його роль виконанням призначень лікаря фізичної та реабілітаційної медицини [5; 20]. Цей дисонанс, на думку Кормильцева В. В. та співавт. (2022), створює ризик професійної дезорієнтації студентів, які отримують академічні знання європейського зразка, але потрапляють у середовище з ієрархічною культурою підпорядкування [2].

Дискусійним залишається й питання методології формування клінічного мислення (Clinical Reasoning). Західні науковці Higgs J. (2019) та Edwards I. (2004) визначають клінічне мислення як центральну компетенцію, що базується на гіпотетико-дедуктивному методі та постійній рефлексії [13; 17]. Натомість у вітчизняній педагогічній практиці, як зазначають Сущенко Л. П. (2013) та Кравченко О. В. (2020), часто домінує «техноцентричний» підхід, сфокусований на засвоєнні конкретних методик та алгоритмів [12; 16]. Це породжує феномен «імітації компетентності», коли випускник володіє широким арсеналом технік, але має труднощі з їх обґрунтованим вибором у нестандартних клінічних ситуаціях, що суперечить принципам доказової практики, описаним Dean E. (2009) та Sharma S. (2021) [18; 19].

Окремий пласт проблем стосується організації практичної підготовки. Дослідження Белкової Т. О. (2024), присвячене канадському досвіду, та праці Єфімової В. і Жарової І. (2019) щодо британської системи, чітко вказують на необхідність інтегрованої клінічної практики обсягом не менше 1000 годин [3; 9]. Порівняння з українськими реаліями, проведене Сіговою А. Г. (2025), демонструє, що фрагментарність практики у вітчизняних ЗВО та відсутність інституту клінічних менторів (supervisors) є слабкою ланкою, яка не дозволяє повноцінно сформувати мануальні та комунікативні навички [4]. Це підтверджується дослідженнями Шаймарданової М. Р. (2020), яка наголошує на критичній необхідності впровадження симуляційного навчання для компенсації дефіциту доступу до реальних пацієнтів [24].

Не менш важливим аспектом, який вимагає переосмислення, є гармонізація українських програм з європейськими в контексті академічної мобільності. Аналіз досвіду Австрії [22] та Норвегії [21], здійснений Копочинською Ю. В., а також дослідження Lazarićeva O. B. (2018), вказують на те, що бар'єром для визнання кваліфікацій часто стає не обсяг годин, а відмінності в результатах навчання та методах оцінювання [15; 21; 22].

Європейський бенчмарк (European Physiotherapy Benchmark Statement) вимагає демонстрації компетентностей у безпечному середовищі (OSCE), тоді як в Україні все ще превалюють тестові форми контролю знань [14]. Крім того, як зазначають Wickford J. та Duttine A. (2023), сучасна освіта має бути інклюзивною та соціально відповідальною, що вимагає інтеграції в навчальні програми модулів з прав людини та етики, які часто відсутні у традиційних планах [26].

Підсумовуючи дискусію, варто погодитися з Фастівцем А. В. (2021), що проста імплементація назв дисциплін із західних програм без зміни педагогічних технологій не призведе до бажаного результату [6]. Українська вища школа стоїть перед викликом переходу від «транзитної моделі» до моделі повноцінної автономії, що вимагає системних змін не лише в університетських аудиторіях, а й у нормативно-правовому полі та клінічній культурі галузі охорони здоров'я, про що ґрунтовно зазначається у теоретико-методологічних працях Герцик А. М. (2019) [11].

Висновки. Узагальнення результатів теоретико-аналітичного дослідження дозволяє зробити такі висновки відповідно до поставлених завдань.

Встановлено, що трансформація підготовки фізичних терапевтів в Україні є відображенням глобального еволюційного процесу переходу від патерналістської «медичної моделі» до партнерської «біопсихосоціальної парадигми». Аналіз джерел підтвердив, що ключовим індикатором цієї зміни є переорієнтація навчальних цілей: від вивчення нозологічних форм хвороб до опанування інструментів управління функціональним станом людини на засадах МКФ.

На основі компаративного аналізу виокремлено дві концептуальні моделі підготовки: «Міжнародну автономну модель» (Модель А) та «Вітчизняну транзитну модель» (Модель Б). Доведено, що Модель А, реалізована в країнах Північної Америки та ЄС, спрямована на формування автономного фахівця «прямого доступу», здатного до диференційної діагностики та клінічного менеджменту. Натомість Модель Б, характерна для сучасного

етапу розвитку української освіти, перебуває у стані структурного конфлікту між прогресивними нормативними вимогами та застарілою культурою клінічної практики, що обмежує професійну суб'єктність випускника.

Порівняння змістового наповнення моделей виявило критичні розриви у підготовці вітчизняних фахівців. По-перше, це дефіцит навичок клінічного мислення, що підміняється шаблонним виконанням протоколів. По-друге, це недостатній обсяг та якість клінічної практики (менше рекомендованих WCPT 1000 годин), яка часто носить пасивний характер. По-третє, це недооцінка ролі «м'яких навичок» (комунікації, етики) як інструменту терапевтичного впливу.

Гармонізація української освіти з міжнародними стандартами вимагає не лише оновлення силабусів, а й докорінної зміни педагогічних технологій: відходу від лекційно-семінарської системи до проблемно-орієнтованого навчання (PBL) та впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSCE) як єдиного валідного інструменту оцінювання професійної придатності.

Перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження окреслило макрорівень проблеми трансформації освітньої парадигми. Подальші наукові розвідки доцільно спрямувати на деталізацію механізмів переходу від «транзитної» до «автономної» моделі.

Дослідження зовнішніх та внутрішніх факторів, що впливають на формування професійної ідентичності, етичної зрілості та комунікативної компетентності фізичного терапевта. Необхідно з'ясувати, чому навіть при наявності сучасних знань випускники часто не демонструють належної етичної поведінки у клінічних ситуаціях.

Розробка науково обґрунтованих рекомендацій щодо викладання дисципліни «Терапевтичні вправи» та «Основи фізичної терапії». Важливо дослідити, як інтегрувати принципи моторного навчання та доказової практики у педагогічний процес для формування у студентів не лише технічних навичок, а й здатності до комплексного клінічного аналізу.

Література:

1. Андрійчук О. Я. Організаційно-змістові основи підготовки фізичних терапевтів у закладах вищої освіти України: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Луцьк, 2021. 560 с.
2. Кормільцев В. В., Лазарева О. Б., Бісмак О. В., Брушко В. В., Гаврелюк С. В. Аналіз освітніх програм та навчальних планів з фізичної терапії в країнах Європи. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2022. № 2. С. 93–99. DOI: 10.32652/spmed.2022.2.93-99.
3. Белкова Т. О. Система професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації (фізичної терапії та ерготерапії) в університетах Канади. *Наукові записки. Серія: Проблеми природничо-математичної, технологічної та професійної освіти*. 2024. Вип. 2(4). С. 9–14.
4. Сігова А. Г. Міжнародні практики підготовки фізичних терапевтів: порівняльний аналіз. *Педагогіка*. 2025. № 2. С. 21–28. DOI: 10.24195/2617-6688-2025-2-21.

5. Фастівець А. В. Аналіз перспектив міжнародної інтеграції у контексті підготовки фахівців у галузі фізичної терапії та ерготерапії. *Імідж сучасного педагога*. 2023. № 5 (212). С. 122–129. DOI: 10.33272/2522-9729-2023-5(212)-122-129.
6. Фастівець А. В. Світовий досвід підготовки фахівців фізіотерапії та ерготерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип. 51. С. 171–175.
7. Слухенська Р. В., Ковальчук П. Є., Куковська І. Л., Логущ Л. Г., Маланий В. І. Міждисциплінарні принципи підготовки фахівців-реабілітологів. *Академічні візії*. 2024. Вип. 28.
8. World Physiotherapy. Physiotherapist education framework. London: World Physiotherapy; 2021. URL: <https://world.physio>.
9. Єфімова В., Жарова І. Особливості підготовки фізичних терапевтів у Великій Британії. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2019. № 2 (70). С. 17–22.
10. Стандарт вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Київ: МОН України, 2018. 26 с.
11. Герцик А. М. Теоретико-методологічні засади фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Львів: ЛДУФК, 2019. 340 с.
12. Кравченко О. В. Формування професійної компетентності майбутніх фізичних реабілітологів у процесі вивчення фахових дисциплін. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2020. № 70, Т. 2. С. 150–154.
13. Higgs J., Jensen G. M., Loftus S., Christensen N. Clinical reasoning in the health professions. 4th ed. Elsevier, 2019. 560 p.
14. European Region of WCPT. European Physiotherapy Benchmark Statement. Brussels: ER-WCPT, 2018.
15. Lazarijeva O. B. Theoretical and methodological principles of training physical therapy specialists in Ukraine. *Physical Education, Sports and Health Culture in Modern Society*. 2018. No 2 (42). P. 15–21.
16. Сущенко Л. П. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах: теорія та методика: монографія. Запоріжжя: ЗНУ, 2013. 364 с.
17. Edwards I., Jones M., Carr J. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*. 2004. Vol. 84, No 4. P. 312–330.
18. Sharma S. Global health and physiotherapy: what is the role of physiotherapy education? *Physiotherapy*. 2021. Vol. 113. P. 1–3.
19. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009. Vol. 25, No 5–6. P. 330–353.
20. Голяка С. К., Лазарева О. М. Сучасні тенденції розвитку фізичної терапії в Україні. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. 2019. Вип. 12. С. 45–51.
21. Копочинська Ю. В. Професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії за освітнім ступенем бакалавра в Норвегії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2019. Вип. 12 (120). С. 67–72.
22. Копочинська Ю. В. Професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії за освітнім ступенем бакалавра в Австрії. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум»*. 2020. Вип. 8 (164). С. 271–274.
23. Мазепа М. А. Міжнародна класифікація функціонування як ключ до розуміння філософії реабілітації. Львів, 2019.
24. Шаймарданова М. Р. Симуляційне навчання як метод формування професійних компетентностей фізичних терапевтів. *Медична освіта*. 2020. № 3. С. 55–60.
25. American Physical Therapy Association (APTA). Vision 2020: The Vision Statement for the Physical Therapy Profession. Alexandria, VA: APTA, 2000.
26. Wickford J., Duttine A. Answering the call: Inclusive education for physical therapists. *Disability and Rehabilitation*. 2023. Vol. 45. P. 120–128.

Дата надходження статті: 30.10.2025

Дата прийняття статті: 25.11.2025

Опубліковано: 29.12.2025