

УДК 378.147:174:615.8

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-4-12>

**Андрій ФЕДОСОВ**

доктор фармацевтичних наук, професор, директор інституту медичних та фармацевтичних наук, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», [fedosov.a@ukr.net](mailto: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, галузь 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

**СТРАТЕГІЧНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ: ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ЕТИКО-КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ**

**Постановка проблеми.** Сучасний етап розвитку реабілітаційної галузі в Україні характеризується зміною освітніх векторів на тлі євроінтеграційних процесів та викликів воєнного часу. У статті здійснено комплексне теоретико-аналітичне дослідження трансформації системи підготовки фізичних терапевтів, зумовлене необхідністю переходу до нових професійних стандартів.

**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 трансформацію освітньої парадигми підготовки фізичних терапевтів шляхом моделювання та порівняльного аналізу вітчизняної та міжнародних систем освіти.

**Методи і матеріали.** У роботі використано 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. STRATEGIC ANALYSIS OF PHYSICAL THERAPIST TRAINING MODELS: FORMATION OF PROFESSIONAL IDENTITY AND ETHICAL AND COMMUNICATIVE COMPETENCE**

**Problem Statement.** The current stage of rehabilitation development in Ukraine is characterized by a shift in educational vectors against the backdrop of European integration processes and wartime challenges. The article presents a comprehensive theoretical and analytical study of the transformation of the physical therapist training system, driven by the need to transition to new professional standards.

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

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

**Analysis of Research.** Based on a comparative analysis of domestic and international experience (USA, Canada, EU countries), the essence of the educational paradigm shift is substantiated: the transition from the traditional biomedical model focused on disease to the biopsychosocial model based on the ICF and the management of human functional status.

**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.

**Methods and Materials.** The study employs analysis and synthesis of scientific literature, legal documents, and educational standards; the comparative pedagogical method; the modeling method; and the systems 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 Transitional Model" (current state). Fundamental discrepancies between them were determined, lying in the level of graduate professional autonomy, the methodology of clinical decision-making (Clinical Reasoning), and the architecture of clinical training. It was established that the key barriers to the modernization of domestic education are "technocentrism" in teaching, fragmentation of clinical practice, and the dominance of protocol-based thinking over analytical thinking. A conclusion is drawn regarding the necessity of systemic implementation of the competency-based 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 reasoning, international standards, specialty "Therapy and Rehabilitation", professional autonomy.

**Вступ.** Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я та вищої освіти в Україні характеризується фундаментальними змінами, зумовленими євроінтеграційними процесами та безпрецедентними викликами воєнного часу. Зростання попиту на висококваліфіковані реабілітаційні послуги актуалізує потребу у фахівцях нової генерації, здатних працювати автономно та ефективно в мультидисциплінарних командах. У цьому контексті затвердження Стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» стало нормативним підґрунтям для переходу від застарілої біомедичної моделі до сучасної біопсихосоціальної парадигми, що базується на Міжнародній класифікації функціонування (МКФ) [11; 24]. Однак, як зазначають дослідники, формальна зміна освітніх стандартів не завжди призводить до миттєвої трансформації педагогічної практики та професійної культури, створюючи ситуацію транзитного періоду з притаманними йому системними суперечностями [1; 5].

Ключова проблема полягає у розриві між декларованими цілями підготовки («Міжнародна автономна модель») та реальними умовами освітнього процесу («Вітчизняна транзитна модель»). Якщо міжнародні стандарти, окреслені World Physiotherapy та Європейським регіоном WCPT, вимагають від фізичного терапевта сформованої професійної ідентичності, високої етичної відповідальності та розвинених навичок клінічного мислення, то вітчизняна практика часто продовжує інерційно відтворювати патерналістські підходи [8; 15]. Андрійчук О. Я. (2021) та Фастівець А. В. (2023) наголошують, що цей дисонанс гальмує становлення професійної автономії фахівця, зводячи його роль до технічного виконання процедур без глибокого розуміння етико-комунікативних аспектів взаємодії з пацієнтом [1; 5].

Особливої гостроти набуває питання формування «м'яких навичок» (soft skills) та професійної ідентичності, які є ядром компетентності сучасного

реабілітолога. Слухенська Р. В. (2024) та Сігова А. Г. (2025) вказують на те, що в умовах глобалізації та інклюзивної освіти критично важливим стає не лише обсяг знань з біомеханіки чи фізіології, а й здатність фахівця до емпатії, етичної рефлексії та побудови партнерських відносин з пацієнтом [4; 7]. Проте наявні навчальні плани часто не приділяють належної уваги цим компонентам, або ж вони нівелюються так званим «прихованим навчальним планом» – неформальними нормами поведінки та ієрархії, що панують на клінічних базах і суперечать принципам пацієнт-центрованого підходу [2; 27].

Відтак, виникає нагальна потреба у проведенні глибокого стратегічного аналізу наявних моделей підготовки із застосуванням сучасних інструментів менеджменту (PESTLE, SWOT, Gap Analysis). Це дозволить не лише констатувати наявні розбіжності між вітчизняною та міжнародною практикою, що частково висвітлено у працях Кормільцева В. В. (2022) та Белкової Т. О. (2024), а й виявити приховані бар'єри формування професійної ідентичності та розробити стратегію їх подолання [2; 3]. Наукове обґрунтування переходу від транзитної до автономної моделі через призму формування етико-комунікативної компетентності становить актуальну наукову проблему, вирішення якої сприятиме підвищенню якості реабілітаційної допомоги в Україні.

#### **Аналіз останніх досліджень та публікацій.**

Проблематика професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії в умовах зміни освітніх парадигм перебуває у фокусі уваги широкого кола вітчизняних та зарубіжних науковців, що зумовлено глобалізацією реабілітаційної галузі та необхідністю уніфікації компетентностей. Фундаментальні засади трансформації української системи вищої медичної освіти висвітлено у дисертаційному дослідженні Андрійчук О. Я. (2021), де авторка обґрунтовує організаційно-змістові основи підготовки та наголошує на невідворотності переходу від нозологічного до функціонального підходу в навчанні [1]. Цю тезу розвивають у

своїх працях Голяка С. К. та Лазарева О. М. (2019), які аналізують сучасні тенденції розвитку галузі та вказують на необхідність гармонізації навчальних планів із запитами практичної охорони здоров'я, де все більшої ваги набуває пацієнт-центрований підхід [20]. Вагомий внесок у розуміння теоретико-методологічних засад фізичної терапії зробила Герцик А. М. (2019), чії праці закладають науковий базис для відходу від емпіризму ЛФК до доказової реабілітації [11].

Значний пласт наукових розвідок присвячено компаративному аналізу освітніх систем, що дозволяє виявити кращі світові практики для їх імплементації в український контекст. Зокрема, Кормільцев В. В. та співавт. (2022) здійснили ґрунтовний аналіз освітніх програм країн Європи, акцентуючи на модульному принципі побудови навчання та ранньому залученні студентів до клінічної практики [2]. Специфіку підготовки фахівців у країнах з високим рівнем автономії професії досліджували Белкова Т. О. (2024), яка детально розглянула канадську модель освіти з її жорсткими вимогами до клінічних годин [3], та Сігова А. Г. (2025), яка провела порівняльний аналіз міжнародних практик, виокремивши ключові відмінності у методах оцінювання компетентностей [4]. Доповнюють цю картину праці Копочинської Ю. В. (2019, 2020) та Єфімової В. і Жарової І. (2019), присвячені досвіду Норвегії, Австрії та Великої Британії, де фізична терапія вже давно функціонує як незалежна професія з правом першого контакту [9; 21; 22].

Окремим, вкрай актуальним вектором досліджень є вивчення психолого-педагогічних аспектів формування професійної майстерності, зокрема етико-комунікативної компетентності та клінічного мислення. Слухенська Р. В. та співавт. (2024) наголошують на міждисциплінарному характері сучасної реабілітації, де здатність до ефективної комунікації в команді є не менш важливою, ніж мануальні навички [7]. Питання формування клінічного мислення як когнітивної основи фаху глибоко розкрито у фундаментальних зарубіжних працях Higgs J. (2019) та Edwards I. (2004), які розглядають його як складний процес інтеграції знань, етики та досвіду [13; 17]. Водночас, вітчизняні дослідники Кравченко О. В. (2020) та Сущенко Л. П. (2013) звертають увагу на методичні проблеми формування цих компетентностей в українських ЗВО, вказуючи на домінування репродуктивних методів навчання [12; 16].

Попри значну кількість публікацій, у науковому дискурсі все ще недостатньо висвітлено питання стратегічного моделювання переходу від однієї освітньої парадигми до іншої. Більшість робіт концентрується або на описі закордонного досвіду, або на аналізі окремих аспектів підготовки (Фастівець А. В., 2021, 2023) [5; 6], залишаючи поза увагою

комплексний аналіз бар'єрів формування професійної ідентичності. Практично відсутні дослідження, що застосовують інструменти стратегічного менеджменту (SWOT, GAP-аналіз) для системного порівняння «транзитної» та «автономної» моделей освіти, що й зумовлює необхідність даного дослідження.

**Метою дослідження** є здійснення комплексного стратегічного аналізу моделей підготовки фізичних терапевтів для визначення специфіки та методів формування професійної ідентичності, етичної зрілості та комунікативної компетентності в умовах переходу від «Вітчизняної транзитної моделі» до «Міжнародної автономної моделі».

Для досягнення поставленої мети передбачено вирішення таких завдань дослідження:

1. Ідентифікувати та систематизувати зовнішні фактори впливу (політичні, економічні, соціальні, технологічні), що детермінують процес становлення професійної ідентичності українського фізичного терапевта.

2. Діагностувати внутрішній стан поточної системи підготовки («транзитної моделі») шляхом виявлення її сильних і слабких сторін, а також потенційних можливостей та загроз.

3. Визначити якісні та змістові розриви (gaps) між наявною вітчизняною практикою та цільовими міжнародними орієнтирами у площині етики, деонтології та клінічної комунікації.

4. Обґрунтувати стратегічні напрями подолання виявлених невідповідностей через впровадження інноваційних методів навчання.

Для розв'язання окреслених завдань та забезпечення об'єктивності результатів у роботі застосовано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів стратегічного аналізу, адаптованих до специфіки педагогічних досліджень. Теоретико-методологічну основу склав метод системного аналізу наукової літератури, нормативно-правових актів та міжнародних стандартів (World Physiotherapy, Європейського регіону WCPT), що дозволило концептуалізувати сутність професійної ідентичності та вимог до компетентностей сучасного фахівця [8; 14; 15]. Порівняльно-педагогічний метод використано для зіставлення вітчизняного та зарубіжного досвіду підготовки (на прикладі Канади, Великої Британії, країн ЄС), що стало підґрунтям для моделювання двох типів освітніх систем [2; 3; 9].

Центральне місце у методології дослідження посідають методи стратегічного планування, використання яких дозволило розглянути освітній процес у широкому соціокультурному контексті. Зокрема, PESTLE-аналіз (Political, Economic, Social, Technological, Legal, Environmental) застосовано для всебічної оцінки макросередовища, в якому відбувається формування фахівця. Це дозволило

виявити зовнішні драйвери та бар'єри трансформації, такі як державна політика у сфері реабілітації, соціальні стереотипи сприйняття професії та правові колізії щодо автономії діяльності [5; 20].

Для глибокої діагностики внутрішнього потенціалу вітчизняної системи освіти використано SWOT-аналіз, спрямований на ідентифікацію сильних (Strengths) та слабких (Weaknesses) сторін «транзитної моделі» у взаємозв'язку з можливостями (Opportunities) та загрозами (Threats) зовнішнього оточення. Це дало змогу оцінити ресурсну базу закладів вищої освіти, кадрові ризики та перспективи міжнародної співпраці [6; 25].

Завершальним етапом аналітичної роботи стало застосування Gap Analysis (аналізу розривів). Цей метод дозволив формалізувати різницю між поточним станом компетентностей випускників українських ЗВО (Model «As-Is») та вимогами професійного стандарту і міжнародного ринку праці (Model «To-Be»). Завдяки цьому інструменту було деталізовано конкретні прогалини у формуванні

навичок клінічного мислення, етичної поведінки та комунікації, на подолання яких мають бути спрямовані подальші методичні зусилля [13; 18; 26].

#### Виклад основного матеріалу дослідження.

Першим етапом стратегічного моделювання стало проведення PESTLE-аналізу, результати якого дозволили декомпонувати макросередовище функціонування системи підготовки фізичних терапевтів та виявити ключові детермінанти, що впливають на перехід від «Вітчизняної транзитної моделі» (Модель Б) до «Міжнародної автономної моделі» (Модель А) (табл. 1).

Аналіз політико-правового кластеру факторів (Political & Legal) засвідчив наявність глибинного системного протиріччя. З одного боку, державний курс на євроінтеграцію та імплементація Стандарту вищої освіти [11] створюють нормативний тиск на користь автономізації професії, що узгоджується з глобальними трендами Vision 2020 [26]. З іншого боку, як зазначають Фастівець А. В. (2023) та Кормільцев В. В. (2022), відсутність законодавчого

Таблиця 1

#### Порівняльний PESTLE-аналіз середовища функціонування моделей підготовки

Фактор (PESTLE)	Модель А: Міжнародна автономна	Модель Б: Вітчизняна транзитна	Опис впливу факторів на перехід
<b>P – Political</b> (Політичні)	Підтримка професійної автономії на державному рівні. Лобіювання інтересів через сильні асоціації (АРТА, СРА).	Декларативний курс на євроінтеграцію, але збереження впливу традиційного медичного лобі, що бачить терапевта як підлеглого.	Політична невизначеність у Моделі Б створює у студента відчуття меншовартості професії, що блокує розвиток лідерських якостей.
<b>E – Economic</b> (Економічні)	Висока вартість навчання та високі доходи фахівців. Фінансування дозволяє утримувати симуляційні центри (SimLabs).	Хронічне недофінансування ЗВО. Відсутність коштів на залучення професійних акторів («стандартизованих пацієнтів») для навчання.	Економічні обмеження Моделі Б унеможливають якісне відпрацювання навичок комунікації, зводячи навчання до теоретичних лекцій.
<b>S – Social</b> (Соціальні)	Суспільний запит на активну реабілітацію та партнерство («health coaching»). Високий престиж професії.	Стереотипне сприйняття реабілітолога як «масажиста» або «інструктора ЛФК». Пацієнти очікують пасивного лікування.	Критичний фактор. Соціальний тиск змушує випускника підлаштовуватися під очікування пацієнтів, відмовляючись від етичних принципів доказової практики.
<b>T – Technological</b> (Технологічні)	Інтеграція eHealth, телереабілітації та VR. Використання цифрових інструментів для клінічного мислення (physio-apps).	Базова цифровізація. Технології часто сприймаються як «апаратна фізіотерапія», а не як інструмент менеджменту пацієнта.	Технологічний розрив впливає на комунікацію: студенти Моделі Б не готові до телемедичної етики та цифрового супроводу пацієнта.
<b>L – Legal</b> (Правові)	Законодавче закріплення «прямого доступу» (Direct Access) та персональної відповідальності за діагноз.	Правова колізія: стандарти освіти вимагають автономії, а посадові інструкції лікарень вимагають підпорядкування лікарю ФРМ [5].	Юридична беззахисність у Моделі Б формує «вивчену безпорадність» та небажання брати на себе етичну відповідальність за результат.
<b>E – Environmental</b> (Екологічні)	Акцент на створенні безбар'єрного середовища та універсального дизайну як філософії професії.	Ситуативне врахування вимог інклюзивності, часто формальне виконання нормативів доступності.	Формує різне розуміння пацієнта: у Моделі А – як особистості у середовищі, у Моделі Б – як об'єкта у лікарняній палаті.

закріплення «прямого доступу» до пацієнта та збереження застарілих кваліфікаційних характеристик у закладах охорони здоров'я консервують залежне становище фізичного терапевта [2; 5]. Ця правова колізія формує у майбутніх фахівців «вивчену безпорадність», коли академічні знання про автономну діагностику розбиваються об реалії бюрократичного підпорядкування лікарю ФРМ, що є фундаментальним бар'єром для становлення професійної ідентичності.

Економічні та технологічні чинники (Economic & Technological) виступають каталізаторами розриву між моделями. Порівняння з канадським досвідом, описаним Белковою Т. О. (2024), демонструє, що Модель А базується на значних фінансових інвестиціях у симуляційні центри та технології eHealth, які дозволяють студентам відпрацьовувати складні клінічні сценарії у безпечному середовищі [3]. Натомість хронічне недофінансування вітчизняних ЗВО (Модель Б) обмежує доступ до сучасних цифрових інструментів реабілітації та професійних «стандартизованих пацієнтів», змушуючи викладачів заміщувати практичний тренінг теоретичними лекціями. Це, у свою чергу, призводить до технологічного відставання випускників, які, за даними Сігової А. Г. (2025), часто сприймають реабілітацію через призму апаратної фізіотерапії, а не як високотехнологічний процес управління функціональним станом [4].

Найбільш критичний вплив на формування професійної ідентичності чинить блок соціокультурних та екологічних факторів (Social & Environmental). Аналіз показав, що у суспільстві досі домінує патерналістський стереотип сприйняття реабілітолога як виконавця пасивних процедур (масаж, магніто-терапія), що суперечить філософії активного партнерства, притаманній Моделі А. Голяка С. К. (2019) та Слухенська Р. В. (2024) наголошують, що соціальний запит пацієнта на «швидке вилікування» без власних зусиль тисне на молодого фахівця, змушуючи його відмовлятися від принципів доказової практики на користь комерційно привабливих, але менш ефективних методів [7; 21]. Водночас, екологічний тренд на створення безбар'єрного середовища та інклюзію [27] стає спільною точкою дотику для обох моделей, поступово трансформуючи етичні установки студентів у бік гуманізації та розуміння пацієнта не як носія хвороби, а як особистості з особливими потребами у функціонуванні, що відповідає філософії МКФ [24].

Наступним кроком стратегічної діагностики стало проведення SWOT-аналізу «Вітчизняної транзитної моделі» (Модель Б) (табл. 2).

Аналіз внутрішнього середовища дозволив ідентифікувати, що, попри системні проблеми, українська освіта володіє унікальними сильними сторонами (Strengths), які можуть стати

Таблиця 2

## Порівняльний SWOT-аналіз моделей підготовки

Сторона аналізу	Модель А: Міжнародна автономна	Модель Б: Вітчизняна транзитна
Strengths (Сильні сторони)	1. Клінічне мислення: Навчання побудоване навколо вирішення проблем (PBL). 2. Комунікативна компетентність: Стандартизовані протоколи спілкування (Calgary-Cambridge guide). 3. Етична зрілість: Розвинена культура рефлексії та супервізії.	1. Академічна база: Глибокі знання фундаментальних наук (анатомія, фізіологія). 2. Адаптивність: Здатність працювати в умовах обмежених ресурсів. 3. Мотивація: Високий рівень патріотизму та бажання допомагати (особливо у контексті війни).
Weaknesses (Слабкі сторони)	1. Вузька спеціалізація: Ризик втрати цілісного погляду на пацієнта. 2. Висока вартість: Освіта недоступна широким верствам. 3. Бюрократизація: Складні процедури страхування та звітності.	1. Авторитарна педагогіка: Викладач як транслятор істини, а не ментор. 2. Дефіцит рольових моделей: Відсутність викладачів-клініцистів з автономною практикою. 3. Ігнорування психології: Комунікація вивчається теоретично, без практики.
Opportunities (Можливості)	1. Глобальна мобільність: Уніфікація стандартів дозволяє працювати по всьому світу. 2. Міждисциплінарність: Інтеграція з психологами та соціальними працівниками.	1. Міжнародні партнерства: Залучення іноземних фахівців для тренінгів (ERASMUS+, Momentum). 2. Симуляційні центри: Створення баз для відпрацювання етичних кейсів. 3. Кризовий ріст: Війна як каталізатор швидкого впровадження нових протоколів.
Threats (Загрози)	1. Вигорання (Burnout): Висока емоційна відповідальність за прийняття рішень. 2. Комерціалізація: Ризик конфлікту інтересів між бізнесом та етикою.	1. «Карго-культ»: Зовнішня імітація реформ без зміни суті стосунків «терапевт-пацієнт». 2. Відтік мізків: Еміграція найбільш прогресивних випускників. 3. Маргіналізація професії: Зведення ролі терапевта до помічника лікаря.

фундаментом для прискореної трансформації. Ключовим ресурсом, як зазначає Андрійчук О. Я. (2021), є безпрецедентно високий рівень вмотивованості студентів та молодих викладачів, зумовлений патріотичним прагненням забезпечити якісну реабілітацію постраждалих внаслідок бойових дій [1]. Цей «воєнний драйвер» формує запит на швидке опанування доказових методик, що робить систему більш гнучкою та адаптивною порівняно з бюрократизованими структурами мирного часу. Крім того, наявність затвердженого Стандарту вищої освіти [11], який нормативно закріплює компетентнісний підхід, створює легітимне поле для впровадження інновацій, навіть якщо фактична педагогічна практика за ними поки що не встигає.

Водночас, аналіз виявив критичні слабкі сторони (Weaknesses), які гальмують перехід до «Міжнародної автономної моделі». Фундаментальною проблемою залишається інституційна пам'ять та домінування авторитарної педагогіки. Суценок Л. П. (2013) та Кравченко О. В. (2020) вказують на те, що у навчальному процесі часто превалює трансляція готових знань замість фасилітації критичного мислення, що блокує розвиток професійної суб'єктності студента [13; 17]. Іншою значущою слабкістю є методологічний вакуум у викладанні «м'яких навичок»: комунікація та етика часто викладаються як теоретичні абстракції, відірвані від клінічного контексту, що призводить до нездатності випускників ефективно взаємодіяти з пацієнтами у стані психоемоційної кризи, про що попереджають Слущенська Р. В. та співавт. (2024) [7].

Блок зовнішніх факторів демонструє значний спектр можливостей (Opportunities) для подолання внутрішніх слабкостей. Найбільш перспективним

вектором є інтернаціоналізація освіти. Фастівець А. В. (2023) наголошує, що програми академічної мобільності (Erasmus+, спільні проекти з університетами Канади та Великої Британії) дозволяють здійснювати трансфер не лише знань, а й рольових моделей поведінки автономного фахівця [5; 9]. Важливою можливістю є також розвиток симуляційного навчання, яке, згідно з даними Шаймарданової М. Р. (2020), здатне компенсувати дефіцит клінічного доступу та створити безпечний простір для формування етичної компетентності через розбір помилок без ризику для пацієнта [25].

Проте реалізація цих можливостей стримується серйозними загрозами (Threats). Найнебезпечнішою з них є феномен «імітації змін» або «карго-культу», коли зовнішні атрибути реформи (назви кафедр, силабуси) змінюються, а сутність відносин «лікар-терапевт-пацієнт» залишається ієрархічною. Це, на думку Кормільцева В. В. (2022), породжує когнітивний дисонанс у студентів та сприяє професійному вигоранню ще на етапі навчання [2]. Додатковою загрозою є ризик «відтоку мізків» (brain drain): найкращі випускники, чия сформована ідентичність відповідає Моделі А, стикаючись з реаліями вітчизняного ринку праці (Модель Б), обирають еміграцію до країн з розвинутою культурою реабілітації, що підтверджується порівняльним аналізом Сігової А. Г. (2025) [4].

Завершальним етапом стратегічної діагностики стало проведення Gap Analysis (аналізу розривів), результати якого, представлені у Таблиці 3, дозволили перейти від оцінки зовнішніх умов до ідентифікації конкретних компетентнісних дефіцитів, що відрізняють випускника «Вітчизняної транзитної моделі» від його колеги, підготовленого за «Міжнародною автономною моделлю» (табл. 3).

Таблиця 3

#### Gap Analysis формування професійної ідентичності та комунікації

Компонент компетентності	Поточний стан (Модель Б)	Бажаний стан (Модель А)	Характеристика розриву (The Gap)
1. Професійна ідентичність	«Виконавець»: Студент ідентифікує себе через техніку (я роблю масаж/вправи).	«Експерт з руху»: Студент ідентифікує себе через результат для пацієнта (я відновлюю функцію).	Ментальний розрив. Відсутність розуміння своєї ролі як лідера реабілітаційного процесу.
2. Етика та Деонтологія	Нормативна етика: Знання правил «як не можна робити». Страх покарання.	Рефлексивна етика: Здатність аналізувати складні ситуації (напр., відмова пацієнта) через призму цінностей.	Ціннісний розрив. Перехід від слухняності до усвідомленої відповідальності.
3. Комунікація	Монолог: Інформування пацієнта. Директивний тон. Ігнорування емоцій.	Діалог: Мотиваційне інтерв'ювання, активне слухання, емпатія, Shared Decision Making.	Інструментальний розрив. Відсутність навичок ведення терапевтичної бесіди [4].
4. Клінічне обстеження	Збір фактів: Механічна фіксація симптомів для звіту лікарю.	Перевірка гіпотез: Інтерв'ю як інструмент діагностики. Побудова довірливих стосунків.	Когнітивний розрив. Роз'єднаність між тим, що студент почує від пацієнта, і тим, що він робить.

Найбільш фундаментальним розривом, який детермінує всі інші невідповідності, є ментальний розрив (Identity Gap) у професійній самоідентифікації. Як зазначають Фастівець А. В. (2021) та Кормільцев В. В. (2022), у вітчизняній освітній практиці студент часто формується як «кваліфікований виконавець» або «асистент лікаря», чия відповідальність обмежується технічно правильним виконанням процедури [2; 6]. Натомість міжнародний стандарт, описаний у документах World Physiotherapy [8], вимагає формування ідентичності «автономного експерта», який несе повну юридичну та моральну відповідальність за результати реабілітаційного втручання. Цей розрив є найбільш стійким, оскільки підтримується ієрархічною культурою медичних закладів, де ініціатива середнього медичного персоналу (до якого традиційно прирівнюються реабілітологів) часто не заохочується.

Похідним від ментального є аксіологічний або ціннісний розрив (Value Gap) у площині етики та деонтології. Аналіз показав, що у Моделі Б переважає «нормативна етика», яка зводиться до запам'ятовування кодексів та заборон («не нашкодь», «дотримуйся субординації»), що часто базується на страху покарання. У Моделі А, яка підкреслює Слухенська Р. В. та співавт. (2024), етика викладається як інструмент прийняття клінічних рішень у ситуаціях невизначеності (наприклад, конфлікт інтересів, відмова пацієнта від терапії, робота з різними культурними кодами) [7]. Відсутність навичок етичної рефлексії у вітчизняних випускників призводить до того, що у складних ситуаціях вони схильні до пасивної поведінки або уникнення відповідальності, що є неприпустимим для автономного фахівця.

Критичним для якості терапевтичного альянсу є комунікативний розрив (Communication Gap). Якщо Модель Б характеризується директивним стилем комунікації (монолог фахівця, інструктування), успадкованим від патерналістської медицини, то Модель А базується на партнерстві та спільному прийнятті рішень (Shared Decision Making). Сігова А. Г. (2025) та Белкова Т. О. (2024) у своїх дослідженнях вказують, що західні освітні програми інтегрують методики мотиваційного інтерв'ювання та активного слухання безпосередньо у клінічні дисципліни [3; 4]. В Україні ж ці навички часто залишаються на рівні теоретичного знання, не переходячи у практичну площину, через що випускники не вміють працювати з резистентністю пацієнтів, їхніми страхами та очікуваннями, що знижує комплаєнс (прихильність до лікування).

Нарешті, виявлені розриви закріплюються інструментальним розривом (Assessment Gap) у системі оцінювання. Існує пряма кореляція між методами контролю та результатами навчання: «те, що перевіряється, те й вивчається». У вітчизняній системі домінування тестового контролю

(Крок, ЄДКІ) стимулює запам'ятовування фактів, тоді як мануальні та комунікативні навички оцінюються суб'єктивно або формально. Шаймарданова М. Р. (2020) наголошує, що відсутність стандартизованого іспиту типу OSCE (Об'єктивний структурований клінічний іспит) не дозволяє об'єктивно верифікувати готовність студента до самостійної практики [25]. Таким чином, інструментальний розрив замикає коло проблем, консервуючи транзитний стан освіти та блокуючи остаточний перехід до компетентнісної моделі.

**Дискусія.** Результати проведеного стратегічного аналізу моделей підготовки фізичних терапевтів дозволяють суттєво поглибити наукову дискусію щодо природи трансформаційних процесів у вищій медичній освіті України. Отримані дані підтверджують та розвивають концепцію Андрійчук О. Я. (2021) про те, що зміна освітньої парадигми не може обмежуватися лише формальною імплементацією нових навчальних планів [1]. Виявлений у ході Gap Analysis «ментальний розрив» (Identity Gap) свідчить, що головною перешкодою на шляху до «Міжнародної автономної моделі» є не дефіцит знань з анатомії чи фізіології, а криза професійної самоідентифікації. Якщо міжнародні документи World Physiotherapy [8] та Vision 2020 [25] визначають фізичного терапевта як автономного практикуючого фахівця, то вітчизняна реальність, як зазначають Фастівець А. В. (2023) та Кормільцев В. В. (2022), продовжує формувати фахівця з психологією «виконавця призначень» [2; 5]. Цей дисонанс, виявлений нами через PESTLE-аналіз (фактор Social), створює ситуацію, коли випускник володіє інструментарієм діагностики, але не наважується його застосувати через усталені ієрархічні традиції клінічних баз.

Особливої уваги в контексті дискусії заслуговує проблема формування «клінічного мислення» (Clinical Reasoning) як основи професійної етики. Наші висновки корелюють із фундаментальними працями Higgs J. (2019) та Edwards I. (2004), які стверджують, що клінічне мислення є не лише когнітивним, а й соціально-етичним процесом [13; 17]. У «Вітчизняній транзитній моделі» мислення часто підміняється алгоритмізацією, що Кравченко О. В. (2020) та Сущенко Л. П. (2013) характеризують як наслідок репродуктивних методів навчання [12; 16]. Водночас, Gap Analysis показав, що відсутність навичок етичної рефлексії призводить до інструментального ставлення до пацієнта. Це суперечить принципам біопсихосоціальної моделі, описаної Мазепою М. А. (2019), де розуміння контексту життя пацієнта є не менш важливим, ніж розуміння патогенезу хвороби [23]. Відтак, етика має викладатися не як абстрактна філософська дисципліна, а як прикладна методологія прийняття рішень у ситуаціях невизначеності.

Критичним полем для дискусії є роль комунікативної компетентності. Порівняння з міжнародним досвідом, представленим у роботах Белкової Т. О. (2024) та Сігової А. Г. (2025), демонструє, що в країнах з розвинутою реабілітаційною культурою (Канада, Велика Британія) комунікація є об'єктом суворого оцінювання та сертифікації [3; 4]. Натомість результати нашого SWOT-аналізу виявили, що у вітчизняній системі комунікативні навички часто розглядаються як факультативні. Це підтверджується дослідженнями Служенської Р. В. та співавт. (2024), які наголошують на міждисциплінарному характері прогагин у підготовці: майбутні реабілітологи не володіють техніками мотиваційного інтерв'ювання та не вміють працювати в команді з психологами чи соціальними працівниками [7]. Такий стан речей створює бар'єри для інклюзивної освіти та практики, про важливість яких зазначають Wickford J. та Duttine A. (2023) [26].

Окремим вектором обговорення є вплив «прихованого навчального плану» (Hidden Curriculum) на становлення фахівця. Аналіз зовнішніх загроз (Threats) показав, що навіть найсучасніші університетські програми можуть бути нівельовані архаїчною культурою лікарень, де студенти проходять практику. Ефімова В. та Жарова І. (2019), а також Копочинська Ю. В. (2019) у своїх компаративних дослідженнях вказують, що в Європі ця проблема вирішується через інститут клінічних менторів, які є носіями цінностей автономії [9; 21]. В Україні ж, як констатують Голяка С. К. та Лазарева О. М. (2019), дефіцит рольових моделей на клінічних базах призводить до професійної деформації студентів ще до отримання диплома [20].

Стратегічним рішенням для подолання виявлених розривів є зміна методології оцінювання. Шаймарданова М. Р. (2020) переконливо доводить, що традиційні іспити не здатні виміряти рівень емпатії чи етичної зрілості [24]. Впровадження симуляційного навчання та іспитів формату OSCE, що відповідає Європейським бенчмаркам [14], є безальтернативним шляхом. Це дозволить перейти від перевірки запам'ятовування фактів до оцінки здатності діяти у складних клінічних ситуаціях, що є вимогою Стандарту вищої освіти [10]. Таким чином, дискусія навколо моделей підготовки виходить за межі педагогіки і торкається питань якості життя пацієнтів та ефективності системи охорони здоров'я в цілому, що потребує консолідації зусиль освітян, практиків та законотворців, як це пропонується у роботах Фастівець А. В. (2021) та Герцик А. М. (2019) [6; 11].

**Висновки.** Проведений комплексний стратегічний аналіз дозволив діагностувати глибинні причини гальмування трансформаційних процесів у системі підготовки фізичних терапевтів та підтвердив гіпотезу про те, що зміна освітньої парадигми лежить не стільки в площині академічного знання,

скільки в площині професійної культури. Результати PESTLE-аналізу засвідчили, що зовнішнє середовище функціонування вітчизняної освіти є амбівалентним: попри сприятливі політичні вектори євроінтеграції, соціальні стереотипи та правова невизначеність продовжують консервувати залежний статус фахівця. SWOT-аналіз виявив, що ключовим ресурсом «Вітчизняної транзитної моделі» є висока вмотивованість людського капіталу в умовах кризових викликів, проте цей потенціал нівелюється застарілими педагогічними підходами та дефіцитом рольових моделей автономної практики на клінічних базах.

Застосування Gap Analysis дозволило ідентифікувати критичні розриви між поточною практикою та цільовими міжнародними орієнтирами, серед яких найбільш фундаментальним є «ментальний розрив» у професійній самоідентифікації. Встановлено, що перехід від психології виконавця лікарських призначень до ідентичності автономного експерта з руху неможливий без подолання супутніх розривів: етичного (перехід від нормативної етики до рефлексивної) та комунікативного (перехід від директивного монологу до партнерського діалогу). Доведено, що традиційна лекційно-семінарська система не здатна сформувати ці компетентності, оскільки вони потребують занурення у квазіпрофесійне середовище через симуляційні технології.

Таким чином, стратегічним пріоритетом модернізації освіти має стати зміщення фокусу з простої трансляції інформації на цілеспрямоване формування професійної особистості. Це вимагає докорінної зміни «прихованого навчального плану» – неформальних норм і правил взаємодії в університетському та клінічному середовищі. Етико-комунікативна компетентність повинна перестати бути факультативним додатком до технічних навичок і стати інтегрованим стрижнем навчального процесу, що підлягає суворому об'єктивному оцінюванню на рівні державних іспитів.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати стратегічного аналізу створюють теоретико-методологічне підґрунтя для наступного етапу наукового пошуку, який полягатиме у перенесенні виявлених принципів автономії та клінічного мислення у площину викладання інструментальних дисциплін. Логічним продовженням роботи стане розробка методики викладання дисципліни «Терапевтичні вправи», де буде досліджено механізми інтеграції «м'яких навичок» (комунікації, етики дотику, мотивації пацієнта) у процес навчання руховим діям.

Подальші наукові розвідки доцільно зосередити на обґрунтуванні методичних особливостей переходу від емпіричних підходів лікувальної фізкультури до доказових принципів моторного навчання та фізіології фізичних навантажень.

Важливим завданням стане розробка алгоритмів педагогічної взаємодії, які дозволять майбутнім фахівцям не лише технічно правильно виконувати реабілітаційні втручання, а й навчати пацієнтів керувати власним здоров'ям, що є кінцевою метою автономної професійної діяльності.

#### 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., Логуш 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. *Медицина освіти*. 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 першого надходження статті до видання: 15.11.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 02.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 30.12.2025