

4. Jourdan P. M., Lamberton P. H. L., Fenwick A., Addiss D. G. Soil-transmitted helminth infections. *Lancet (London, England)*. 2018. Vol. 391, Issue 10117. P. 252–265. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31930-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31930-X).

5. Погоріла І. О., Романенко О. В. Психолого-педагогічні аспекти організації екологічної освіти у вищих навчальних закладах. *Екологія: вчені у вирішенні проблем науки, освіти і практики* : зб. доповідей учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Житомир, 24–25 травня 2007 р.). Житомир : Вид-во «Державний агроекологічний університет», 2007. С. 230–234.

6. Основи екології : навч. посіб. / О. В. Романенко, О. В. Костильов. Київ : Фітосоціоцентр, 2001. 150 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-15>

ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ІЄРАРХІЧНОЇ МОДЕЛІ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ НЕЗАЛЕЖНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Куц Павло Віталійович

асистент кафедри реабілітаційних технологій

Відокремлений структурний підрозділ закладу вищої освіти

"Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Вінницький соціально-економічний інститут,

ерготерапевт

КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Вінницької обласної Ради»

м. Вінниця, Україна

Вступ. Історично вітчизняна медицина розвивалася в межах жорсткої ієрархічної (біомедичної) моделі, де монополія на клінічні рішення належала виключно лікарю, а фахівці з реабілітації розглядалися як пасивні технічні виконавці [2, с. 38]. Сучасні виклики (зростання кількості мінно-вибухових травм, складних ампутацій) довели неефективність медичного домінування: лікарі часто не володіють інструментами оцінювання біомеханіки чи ергономіки для одноосібного призначення реабілітаційних втручань [10, с. 630]. Спроби лікаря диктувати параметри вправ часто призводять до вторинних ускладнень та затримки відновлення пацієнта.

Мета роботи – обґрунтувати необхідність переходу до автономної клінічної моделі фахівців з реабілітації та визначити стратегічні кроки для її впровадження в національну систему охорони здоров'я.

Основний зміст. Професійна автономія фізичних терапевтів, ерготерапевтів та терапевтів мови і мовлення є соціальним контрактом, що базується на їхніх спеціалізованих знаннях [13, с. 99]. Незалежна клінічна практика означає, що фахівець самостійно встановлює реабілітаційний діагноз та реалізує втручання без санкціонування кожного кроку лікарем [6].

Таблиця 1

Характеристика клінічної практики

Характеристика клінічної практики	Застаріла ієрархічна (біомедична) модель	Автономна клінічна (біопсихосоціальна) модель
Епістемологічний фокус	Хвороба, патологія, структурний дефект, усунення симптому.	Функціонування, активність, участь пацієнта у житті.
Роль фахівця з реабілітації	Пасивний технічний виконавець наказів та призначень лікаря.	Незалежний клініцист, діагност, розробник індивідуального плану.
Прийняття клінічних рішень	Одноосібне домінування лікаря; жорстка вертикаль управління.	Автономне судження (Clinical Reasoning) терапевта у межах його компетенції.
Характер типових втручань	Пасивні модальності (апаратна фізіотерапія, масаж, електрофорез).	Активні модальності (терапевтичні вправи, тренування навичок, ергономіка).
Сфера відповідальності	Розмита (лікар призначив, інструктор виконав); відсутність юридичної автономії.	Персональна клінічна та юридична відповідальність терапевта за результат.

Юридичним і цифровим фундаментом цієї автономії стала Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) [5]. Надання фахівцям права автономно вести електронні медичні записи та формувати Індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) [1] закріпило їхню персональну клінічну та юридичну відповідальність. Наступним логічним кроком стало запровадження концепції реабілітаційної монопослуги в амбулаторних умовах [7], що дозволило декомпресувати стаціонари та забезпечити економічну доцільність ведення пацієнтів з ізольованими порушеннями [8]. Стратегічним горизонтом розвитку є повноцінне впровадження «прямого доступу» [9], що, за міжнародним досвідом, суттєво знижує загальні витрати на охорону здоров'я, зменшує кількість непотрібних візуалізацій та оптимізує маршрут пацієнта [12, с. 22].

Легітимність автономної практики спирається на дві фундаментальні опори. Перша – Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) [3; 4], яка слугує епістемологічною матрицею для діагностики, переносючи фокус із хвороби на активність та участь пацієнта. Друга – Доказова практика (ЕВР), яка покладає на терапевта обов'язок використовувати науково обґрунтовані активні втручання [11, с. 211] та свідомо відмовлятися від неефективних, псевдонаукових пасивних процедур (магнітотерапія, електрофорез тощо) [12, с. 25].

Висновки. Професійна автономія фахівців з реабілітації – це глибинна трансформація всієї екосистеми охорони здоров'я. Для її закріплення пропонується:

- Легалізація «Прямого доступу» на рівні клінічних маршрутів МОЗ для можливості самозвернення пацієнтів.

- Удосконалення інтерфейсів ЕСОЗ для автоматизованого моніторингу ефективності монопослуг на основі досягнення SMART-цілей, а не кількості візитів [11, с. 210].

- Модернізація вищої освіти (спеціальність І7 «Терапія та реабілітація (раніше спеціальність 227)» відповідно до міжнародних стандартів з акцентом на розвиток клінічного мислення. Можливе впровадження наскрізного навчання [3].

- Трансформація корпоративної культури лікарень із переходом від лінійної підпорядкованості до рівноправного партнерства всередині мультидисциплінарних команд.

Література:

1. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п> (дата звернення: 19.05.2026)

2. Кравчук Л. С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 13. С. 37–40.

3. Куц, П. (2025). Обґрунтування необхідності наскрізної магістратури для фізичних терапевтів та оптимізації підготовки асистентів. Матеріали конференцій МЦНД, (14.11.2025; Львів, Україна), 607–610. <https://doi.org/10.62731/mcnd-14.11.2025.013>

4. Попович, Д. В., Бондарчук, В. І., Миндзів, К. В., & Гевко, У. П. (2023). Особливості застосування технічних засобів реабілітації у навчальному процесі здобувачів вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». *Медична освіта*, (2), 57–62. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.13841> (дата звернення: 19.05.2026)

5. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>

6. Професійний стандарт «Фізичний терапевт» : затв. наказом голови ГО «Українська Асоціація фізичної терапії» від 27.11.2024 р. № 01/24 ПС. URL: <https://uapt.org.ua/uk/resource/practice/standarts/> (дата звернення: 19.05.2026)

7. Уряд схвалив рішення щодо впровадження реабілітаційної монопослуги. Офіційний портал Міністерства охорони здоров'я України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-rishennya-shodo-vprovadzhennya-reabilitacijnoyi-monoposlugi> (дата звернення: 19.05.2026)

8. Demont A., et al. Direct access to physical therapy: a systematic review. *BMJ Open*. 2024. Vol. 15. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/15/2/e089601>

9. Glossary: Direct access. World Physiotherapy. URL: <https://world.physio/resources/glossary> (дата звернення: 19.05.2026)

10. Johnson M. P., Abrams S. L. Historical Perspectives of Autonomy Within the Medical Profession: Considerations for 21st Century Physical Therapy Practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005. Vol. 35, No. 10. P. 628–636.

11. Kahl Collins C., Johnson R., Masaracchio M. An evidence-based approach to the development and implementation of a plan of care. *Orthopaedic Practice*. 2017. Vol. 29, No. 4. P. 208–212.

12. Ojha H. A., Snyder R. S., Davenport T. E. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Physical Therapy*. 2014. Vol. 94, No. 1. P. 14–30.

13. Sandstrom R. W. The Meanings of Autonomy for Physical Therapy. *Physical Therapy*. 2007. Vol. 87, No. 1. P. 98–106.