

DOI: 10.21802/artm.2026.1.37.25  
УДК 615.825

## ЗАГАЛЬНА РАМКА ОСВІТНІХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА У ВІДДІЛЕННІ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ: РОЗРОБЛЕННЯ, СТРУКТУРА Й ВАЛІДАЦІЯ

О.Я. Дуб, К.А. Тимрук-Скоропад

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, кафедра терапії та реабілітації, м. Львів, Україна**ORCID ID: 0009-0004-9285-2469, e-mail: oxanadub@gmail.com**ORCID ID: 0000-0001-8152-0435, e-mail: tymruk\_k@ukr.net*

**Резюме.** Незважаючи на численні докази ефективності фізичної терапії у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, ця практика на сьогоднішній день ще недостатньо поширена в Україні через відсутність відповідного нормативно-правового забезпечення та належно організованого освітнього процесу підготовки кваліфікованих кадрів. Формування загального переліку освітніх компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії може стати основою для системного розвитку та провадження сучасної науково-доказової практики. Методологічною основою обрано модифікований електронний метод Дельфі (modified e-Delphi). Перед проведенням дослідження за цим методом розроблено попередній перелік компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Це відбувалося трьома етапами: аналіз та узагальнення публікацій; робота експертної групи з обговорення й формування переліку компетентностей; рецензування й завершення формування попереднього переліку компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. У результаті експертного оцінювання двох раундів за методом Дельфі сформовано загальний перелік із 26 компетентностей фізичного терапевта, що спеціалізується у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, які відповідали 5 основним доменам: практика, професіоналізм, навчання і розвиток, менеджмент і лідерство та дослідження.

Перелік компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, валідований за модифікованим методом Дельфі, став контекстно чутливою адаптацією міжнародних підходів до умов реабілітаційної практики в Україні та створює концептуальну основу для стандартизації підготовки кадрів, розроблення силабусів, програм клінічної спеціалізації, безперервного професійного розвитку.

**Ключові слова:** відділення реанімації та інтенсивної терапії, фізична терапія, компетентність, експертна оцінка, валідація.

**Вступ.** Відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) є одним із найскладніших у системі охорони здоров'я не лише через високі клінічні, організаційні та етичні вимоги, а й через потребу наявності висококваліфікованої мультидисциплінарної команди, фахівці якої мають мати відповідні компетентності [1, 2]. У сучасних клінічних настановах (Society of Critical Care Medicine, SCCM; European Society of Intensive Care Medicine, ESICM; National Institute for Health and Care Excellence, NICE) зазначено, що складність ведення критично хворих пацієнтів зумовлюється високою динамічністю змін їх стану, потребою ухвалювати рішення в реальному часі й високим ризиком розвитку ускладнень, що вимагає від усіх членів команди, включно з фізичним терапевтом, спеціалізованих знань і навичок [3-5].

За останні десятиліття значно зросло розуміння значення фізичної терапії у ВРІТ, і на сьогодні вона є серед невіддільних реабілітаційних послуг, які в деяких країнах надають у режимі 24/7 [2, 6]. Така тенденція зумовлена підтвердженою ефективністю й безпечністю фізичної терапії у ВРІТ, зокрема для запобігання ускладненням з боку різних систем організму [7-9], зменшення кількості днів перебування у ВРІТ і стаціонарі загалом, поліпшення якості життя пацієнтів у коротко- та довготривалій перспективі [7, 10, 11]. Водночас міжнародні дослідження

демонструють, що ефективність мобілізації та респіраторної терапії у ВРІТ критично залежить від рівня підготовки персоналу, стандартизації втручань і чіткого розподілу ролей між фахівцями, що підсилює потребу формалізувати компетентності [8, 12, 13].

Фізичний терапевт у ВРІТ працює у складі мультидисциплінарної команди, забезпечуючи спеціалізовану реабілітацію пацієнтів у критичному стані, після важких травм та/або хірургічних втручань, і його робота може бути спрямована на респіраторну підтримку, ранню мобілізацію та менеджмент делірію [8, 9, 14]. Робота з дихальною системою полягає в профілактиці легеневих ускладнень і підтримці гігієни бронхів, забезпеченні мультидисциплінарного підходу до надання неінвазивної вентиляції, координації та виконання планів відлучення від апарата штучної вентиляції легень (ШВЛ) і трахеостомії [7, 14]. Рання мобілізація спрямована на профілактику й лікування наслідків тривалої нерухомості у ВРІТ та фізичне відновлення [8, 15, 16]. Менеджмент делірію здійснює вся команда ВРІТ. Він відіграє важливу роль для зменшення кількості днів перебування пацієнта у відділенні й запобігання когнітивним ускладненням [9, 10, 17]. Проте в міжнародних стандартах ці напрями подано не як перелік окремих втручань, а як сукупність конкретних компетентностей, які має опанувати фізичний терапевт. Такий підхід підкреслює, що

якісна робота у ВРІТ залежить не тільки від уміння виконувати технічні процедури, а й від сформованих професійних знань, навичок, клінічного мислення та поведінкових орієнтирів.

Робота у ВРІТ вимагає від фізичного терапевта безперервного моніторингу поточного стану пацієнта, змін і тенденцій, що відбувалися до та після втручань фізичної терапії [18]. Крім цього, треба постійно враховувати кардіореспіраторні та гемодинамічні показники, які можуть швидко змінюватися й вимагати відповідного життєзабезпечення та фармакологічної терапії [18]. Також фізичний терапевт повинен безпечно поводитися з додатковим обладнанням (наявними трубками, дренажами, апаратом ШВЛ і ін.), перевіряти й контролювати їх розташування впродовж і після сеансу фізичної терапії [14, 18]. У ВРІТ можуть виникати невідкладні стани в пацієнтів (кровотечі, зміни в стані свідомості, реанімаційні стани, інциденти з обладнанням), щодо яких треба бути настороженими, вчасно виявляти, кваліфіковано реагувати та звертатися по допомогу до інших членів мультидисциплінарної команди [14, 17, 18]. Робота у ВРІТ вимагає від фізичного терапевта постійної скоординованої роботи з іншими фахівцями відділення й спільного ухвалення рішень [8, 16-18].

В Україні стрімкий розвиток реабілітації був зумовлений початком воєнних дій 2014 року й повномасштабної війни 2022 року, великою кількістю поранень і складних травм серед цивільного населення і військових. Відбувається активна реформація системи реабілітації, упровадження й розвиток фізичної терапії на всіх рівнях. Утім, надання послуг фізичної терапії у ВРІТ досі епізодичне, часто не відповідає найвищим міжнародним стандартам. Це може бути викликано певними чинниками, зокрема недостатньою поінформованістю медичних працівників про роль фізичної терапії, відсутністю нормативного забезпечення та стандартизації послуг, прогалинами в освітній підготовці, що призводять до нестачі кваліфікованих кадрів. Ситуацію ускладнює те, що в Україні досі немає спеціалізації фізичного терапевта з роботи у ВРІТ, а в більшості освітніх програм немає системних модулів з інтенсивної терапії, що створює невідповідність між потребами клінічної практики й реальними компетентностями фахівців. Це потребує переосмислення підготовки фахівців, здатних ефективно працювати у складних умовах ВРІТ. Одним з таких кроків може стати розвиток чітко структурованих компетентностей фізичних терапевтів для роботи в цьому середовищі, що, зокрема, дасть змогу вдосконалювати систему освіти та якості реабілітаційних послуг у ВРІТ.

Розроблення переліку освітніх компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ забезпечить окреслення основних знань, навичок і професійних поведінкових орієнтирів, потрібних для безпечної та ефективної практики. Такий перелік може бути основою для формування навчальних стандартів, освітніх програм і планів професійного розвитку, дасть змогу адаптувати підготовку фахівців до різних рівнів освіти (бакалаврського, магістерського та рівня клінічної спеціалізації), а також слугувати інструментом для самооцінювання й оцінювання результатів клінічної практики.

Відсутність уніфікованої рамки компетентностей для фізичних терапевтів у ВРІТ в Україні підсилює наукову новизну й актуальність дослідження, робить його важливим внеском для українського й міжнародного контексту. Визначення й валідація переліку освітніх компетентностей для фахівців фізичної терапії у ВРІТ прискорить гармонізацію українських програм з міжнародними стандартами, забезпечення якості підготовки кадрів і сталого розвитку реабілітаційних послуг.

**Мета дослідження** – сформулювати й валідувати загальний перелік компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії в Україні.

**Об'єкт і методи дослідження.** Щоб сформулювати загальний перелік компетентностей фізичного терапевта, що спеціалізується на реабілітації у ВРІТ, проведено дослідження за модифікованим методом Дельфі [19]. Методологічною основою обрано модифікований електронний метод Дельфі (modified e-Delphi), рекомендований для комплексних професійних компетентнісних рамок, який дає змогу поєднати попередній експертний аналіз із анонімним багаторазовим опитуванням [20, 21]. Перед проведенням дослідження за методом Дельфі розроблено попередній перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ. Це відбувалося трьома етапами: аналіз та узагальнення публікацій, робота експертної групи з обговорення й формування переліку компетентностей та рецензування й завершення формування попереднього переліку компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ.

**Аналіз та узагальнення публікацій.** Пошук публікацій для аналізу компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ здійснено в біометричних базах CINACHL, Medline, PEDro, PubMed за останні 5 років (січень 2020 року – січень 2025 року). Додатково проведено скринінг діяльності профільних організацій (World Health Organisation, WHO; World Physiotherapy, WPT, The European Respiratory Society, ERS; World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, WFSICCM; Intensive Care Society, ICS; Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів, ВОФТ) та українських національних освітніх стандартів підготовки зі спеціалізації «Фізична терапія». Пошук здійснено за ключовими словами («physical therap\*» OR physiotherap\* OR rehabilitat\*) AND («intensive care» OR icu OR itu) AND (competenc\* OR «competence framework» OR educat\* OR curriculum).

**Робота експертної групи з обговорення й формування попереднього переліку компетентностей.** Робота експертної групи була спрямована на відбір, аналіз та оцінювання компетентностей, адаптацію їх до національного контексту й формування попереднього переліку компетентностей. До складу групи ввійшло шість національних експертів, які мають відповідні знання, навички й клінічний досвід у ВРІТ: три фізичні терапевти-практики, один з яких викладач кафедри спортивної медицини, фізичної реабілітації та валеології, один ерготерапевт, один лікар фізичної та реабілітаційної медицини й одночасно асистент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини та один професор кафедри терапії та реабілітації, доктор наук. Регулярні (щотижневі)

зустрічі відбувалися у форматі відеоконференцій. У результаті експертного консенсусу за основу взяли такі документи:

- Rehabilitation Competency Framework (RCS), BOO3 (WHO) [22];
- Guidance for developing a curriculum for physiotherapist entry level education programme, World Physiotherapy (WPT) [23];
- Recommendations for a core curriculum in respiratory physiotherapy for adult patients, The European Respiratory Society (ERS) [24];
- рекомендований перелік дисциплін для освітніх програм підготовки фізичного терапевта, який розробила Громадська організація «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів» (ВОФТ) [25].

Розроблені компетентності оцінили щодо відповідності стандарту вищої освіти зі спеціальності І7 (227) «Терапія та реабілітація» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти [26] та стандарту вищої освіти зі спеціальності І7 (227) «Терапія та реабілітація» для другого (магістерського) рівня вищої освіти [27]. Це забезпечило узгодження міжнародних вимог із національною нормативною базою та відмінностями рівнів освітньої підготовки.

**Рецензування й фіналізація формування попереднього переліку компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ.** Розроблений попередній перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ прорецензували один міжнародний експерт (Агнежка Левко, Велика Британія) та один національний експерт

(Олександр Звіряка, Україна). На цьому етапі завершено формування попереднього загального переліку компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ і досягнуто консенсусу щодо будь-яких розбіжностей.

**Метод Дельфі.** Сформований попередній перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ було винесено на широке експертне обговорення за допомогою двох раундів опитування за модифікованим електронним методом Дельфі, проведеного у форматі анкетування на платформі Qualtrics XM (Experience Management) у період від 28 серпня по 7 жовтня 2025 року.

Експертну панель формували для охоплення різних клінічних, освітніх і регіональних контекстів фізичної терапії у ВРІТ. Експертів відібрано на основі заздалегідь визначених критеріїв залучення, що відповідають методологічним рекомендаціям застосування методу Дельфі в дослідженнях охорони здоров'я. До участі залучено фахівців, здатних інформовано, клінічно релевантно й обґрунтовано оцінити компетентності, потрібні для роботи фізичного терапевта у ВРІТ.

Критерії залучення експертів: підтверджений клінічний досвід у ВРІТ не менше ніж 1 рік; освітня кваліфікація не нижче від рівня магістра галузі охорони здоров'я (ФТ, ерготерапія, ФРМ); готовність брати участь у двох раундах оцінювання й дотримуватися вимог етичної участі.

Важливо було забезпечити регіональну різноманітність, щоб мінімізувати контекстуальне й організаційне упередження (табл. 1).

Таблиця 1

## Опис експертної групи, залученої до опитування за методом Дельфі

Загальна інформація про експертів	
Кількість учасників	21 експерт
Демографічне охоплення	10 областей України
Фізичні терапевти-практики, фізичні терапевти, які здійснюють клінічну діяльність у ВРІТ та/або поєднують її з викладацькою діяльністю й супервізією студентів	81 %
Викладачі закладів охорони здоров'я, які мають досвід викладання предметів, пов'язаних з тематикою ВРІТ	19 %
Досвід роботи у ВРІТ	1–20 років
Досвід викладання	1–23 роки
Досвід проведення практичних тренінгів, семінарів, лекцій і вебінарів	38 %
Участь у навчальних тренінгах, пов'язаних із ВРІТ	57 %
Освітній рівень	
Магістр	71 %
Доктор філософії	14 %
Інше: доктор медичних наук, спеціаліст	14 %
Напрямок роботи у ВРІТ	
Загальне відділення	45 %
Хірургічне відділення	20 %
Неврологічне відділення	35 %
Опікове відділення	15 %
Інше: відділення постінтенсивного догляду та патології новонароджених (ВІН), відділення передчасно народжених та малих дітей, ВІТ, кардіохірургія	19 %

Поширення анкет відбувалося за методом снігової кулі [28]: електронною поштою, через месенджери та професійні контакти учасників.

Учасники оцінювали значення кожної компетентності в клінічній практиці за дев'ятибальною

шкалою Лайкерта, адаптованою до мети дослідження: (1–3 – неважливі, 4–6 – мають значення, але не дуже важливі, 7–9 – дуже важливі). Після оцінювання кожної компетентності учасники мали змогу вносити свої зауваження, пропозиції та додаткові компетентності.

**Критерії консенсусу** [20, 21]:

- консенсус вважали досягнутим зі згоди експертів щодо важливості компетентності  $\geq 75\%$ ;
- компетентності із 60–74 % консенсусу були винесені на повторне оцінювання в другому раунді.

У другому раунді опитування за методом Дельфі анкету поділили на дві частини. Перша частина охоплювала компетентності фізичного терапевта у ВРІТ, які досягли консенсусу  $\geq 75\%$ . Респонденти мали змогу побачити, який відсоток згоди отримала кожна компетентність і за бажанням оцінити й прокоментувати їх повторно. Друга частина містила компетентності, які не досягли консенсусу 75 %. До кожної з них додано пояснення. Після ознайомлення респонденти повторно їх оцінювали.

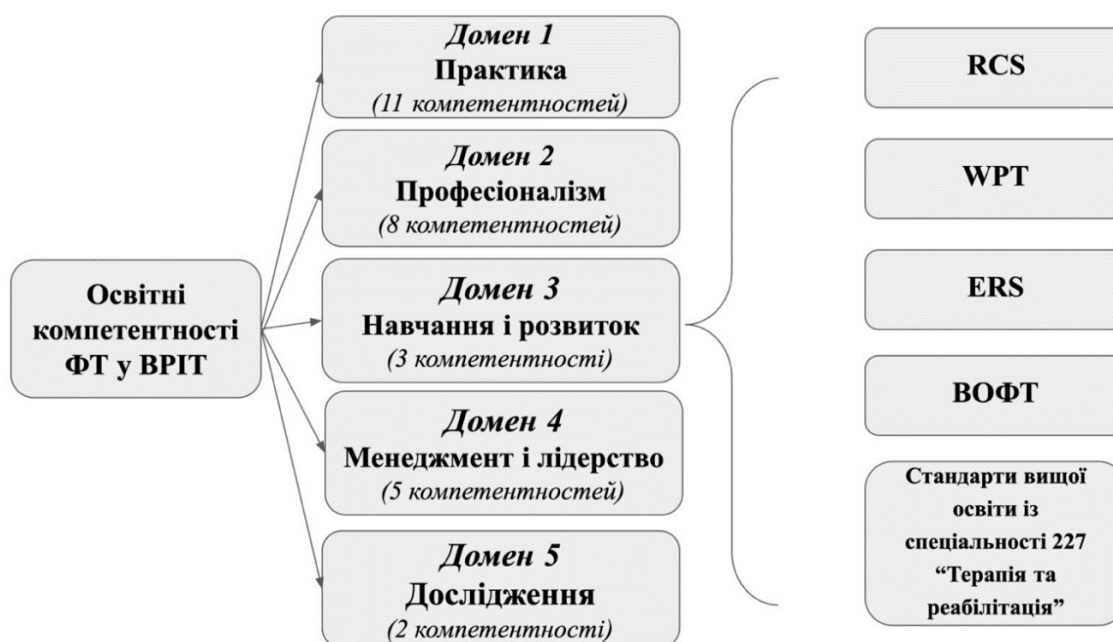
Після підрахунків та аналізу результатів двох раундів опитування за методом Дельфі, проведених за участю тієї самої групи з 21 експерта, сформовано

фінальний загальний перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ.

Дослідження схвалила біоетична комісія Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського (протокол № 23 від 18.12.2024 року).

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Сформований на попередньому етапі загальний перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ містив 29 компетентностей відповідно до п'яти доменів: «Практика», «Професіоналізм», «Навчання і розвиток», «Менеджмент і лідерство», «Дослідження» (відповідно до RCS (BOO3) [22] (рис. 1). Таке структурування забезпечило узгодженість із міжнародною рамкою Rehabilitation Competency Framework та дало змогу одразу позиціонувати запропоновані компетентності в контексті клінічної практики, професійної поведінки й розвитку системи.



**Рис. 1.** Попередня структура переліку компетентностей фізичного терапевта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії

**Примітка** ФТ – фізична терапія; ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії; RCS – Rehabilitation Competency Framework (перелік реабілітаційних компетентностей, запропонованих BOO3); WPT – рамка компетентностей World physiotherapy (Всесвітня конфедерація фізичної терапії); ERS – рамка компетентностей The European Respiratory Society (Європейське респіраторне товариство); ВОФТ – перелік професійних компетентностей фізичного терапевта від Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів.

За результатами першого раунду опитування за методом Дельфі вдалося досягнути консенсусу  $\geq 75\%$  щодо 22 освітніх компетентностей, 7 компетентностей оцінено як недостатньо важливі для клінічної практики фізичного терапевта у ВРІТ. Тож уже на першому раунді експерти підтримали більшість запропонованих компетентностей (75,9 %) як ключові для практики, що свідчить про високу початкову узгодженість бачення ролі фізичного терапевта у ВРІТ.

За результатами другого раунду повторно досягнуто консенсусу щодо 21 компетентності першого раунду й додатково досягнуто консенсусу щодо 5 компетентностей серед тих, які не досягли його в першому

раунді. Отже, після двох раундів 26 (89,7 %) із 29 компетентностей експерти визнали дуже важливими для клінічної практики фізичного терапевта у ВРІТ.

Переоцінено й не досягнуто згоди щодо компетентностей 4.3. Здатність планувати, інформувати й навчати щодо значення та особливостей фізичної терапії у ВРІТ для закладів охорони здоров'я (домен 4. Менеджмент і лідерство); 3.3. Здатність здійснювати супервізію, інформувати, навчати й оцінювати студентів, колег чи інших працівників охорони здоров'я у сприятливих, якісних, безпечних для всіх умовах для навчання та підвищення кваліфікації (домен 3. Навчання і розвиток); 4.2. Здатність до лідерства,

стратегічного мислення, розроблення та здійснення моніторингу якості надання послуг реабілітації у ВРІТ

та встановлення стандартів практики (домен 4. Менеджмент і лідерство) (табл. 2).

Таблиця 2

Досягнення експертного консенсусу щодо компетентностей фізичного терапевта, що спеціалізується у ВРІТ, згідно з раундами опитування за методом Дельфі

Домен, компетентність	Раунд Дельфі I Консенсус %	Раунд Дельфі II Консенсус %
Домен 2. Професіоналізм; компетентність <i>2.1. Інтеграція</i>	66,7 %	<b>81 %</b>
Домен 2. Професіоналізм; компетентність <i>2.5. Співпраця</i>	71,4 %	<b>90,5 %</b>
Домен 2. Професіоналізм; компетентність <i>2.6. Співпраця</i>	71,4 %	<b>100 %</b>
Домен 3. Навчання і розвиток; компетентність <i>3.3. Викладання</i>	71,4 %	71,4 %
Домен 4. Менеджмент і лідерство; компетентність <i>4.1. Стратегічне мислення</i>	71,4 %	<b>76,2 %</b>
Домен 4. Менеджмент і лідерство; компетентність <i>4.2. Стратегічне мислення</i>	66,7 %	71,4 %
Домен 4. Менеджмент і лідерство; компетентність <i>4.3. Стратегічне мислення</i>	76,2 %	71,4 %
Домен 5. Дослідження; компетентність <i>5.2. Розроблення і поширення реабілітаційних досліджень</i>	71,4 %	<b>76,2 %</b>

У результаті експертного оцінювання двох раундів за методом Дельфі сформовано загальний перелік із 26 компетентностей фізичного терапевта, що спеціалізується у ВРІТ (табл. 3). Серед них найбільша кількість компетентностей належить до домену «Практика», що підкреслює пріоритет клінічного складника діяльності фізичного терапевта у ВРІТ, далі домену «Професіоналізм», «Безпека та якість» та «Навчання і розвиток». Домен «Менеджмент і лідерство», представлений меншою кількістю компетентностей, має частину позицій без досягнутого консенсусу, що відображає поточний стан ролі фізичного терапевта в управлінських процесах у ВРІТ.

Зазначені відповідності RCS [22], WPT [23], ERS [24], ВОФТ [25] і національних стандартів вищої освіти [26, 27] демонструють, що більшість сформованих компетентностей узгоджуються з ключовими міжнародними рамками й українськими освітніми вимогами. Це підтверджує, що одержаний перелік компетентностей не лише відображає потреби національної клінічної практики у ВРІТ, а й концептуально сумісний із глобальними тенденціями в підготовці фахівців реабілітації.

Розроблення й валідація переліку компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ стали першим дослідженням в Україні, присвяченим окресленню та стандартизації очікувань щодо знань, навичок, практичної діяльності у цій сфері з урахуванням

особливостей національного контексту й сучасних міжнародних підходів. Варто зазначити, що узгодженість структури з положеннями Rehabilitation Competency Framework (RCF) підкреслює глобальний контекст і те, що Україна підтримує ініціативу ВООЗ «Rehabilitation 2030» [22]. З урахуванням підходу «прийняти та адаптувати» («adopt and adapt») вдалося використати й адаптувати структуру RCF згідно з вимогами до надання фізичної терапії у ВРІТ. Тож запропонована рамка компетентностей виступає не лише локальною ініціативою, а й інструментом імплементації глобальних орієнтирів у специфічний контекст української системи інтенсивної терапії.

Результати експертного опитування, проведеного за методом Дельфі, додатково засвідчили релевантність отриманої рамки: усі учасники оцінили її значущість як важливу (10 %), дуже важливу (19 %) або надзвичайно важливу (71 %), що вказує на високий рівень прийнятності рамки для подальшого впровадження в систему освіти й клінічну практику. Характерно, що саме компетентності, пов'язані з менеджментом, лідерством й освітньою діяльністю (зокрема, супервізією та викладанням), викликали найбільше розбіжностей в оцінках і частково не досягли порогового рівня консенсусу, тоді як клінічно орієнтовані компетентності доменів «Практика», «Професіоналізм» і «Безпека та якість» одержали стійку підтримку.

Таблиця 3

Загальний перелік освітніх компетентностей фізичного терапевта, що спеціалізується у ВРІТ, та відповідність міжнародним і національним стандартам

Компетентності (рівень консенсусу експертів, раунд Дельфі II)	RCS	WP T	ERS	ВОФТ	Стандарт вищої освіти зі спеціальності 227 (перший рівень)	Стандарт вищої освіти зі спеціальності 227 (другий рівень)
<b>Домен 1. Практика</b>						
<b>1.1.Обстеження (85,7 %)</b> Здатність планувати та, використовуючи відповідні валідні й надійні інструменти, правильно та коректно обстежувати пацієнтів у ВРІТ і за потреби узагальнювати інформацію з інших джерел, зокрема сім'ї	A3	K1.1 K1.2	ME1.4 ME2.2 Com2.1 Com2.3	K1.1	СК 04 СК 01	СК 03
<b>1.2.Оцінювання (85,7 %)</b> Здатність оцінювати, інтерпретувати результати обстеження пацієнтів у ВРІТ і використовувати їх під час практичної діяльності	A3	K1.3	ME1.4 ME2.2	K1.1 K1.2		СК 01
<b>1.3. Оцінювання (95,2 %)</b> Здатність розуміти, інтерпретувати й ураховувати дані клінічних і лабораторних досліджень у процесі фізичної терапії у ВРІТ	A3	K1.4	ME1.4 ME2.2			СК 02
<b>1.4. Планування (100 %)</b> Здатність формулювати пацієнтоорієнтовані цілі й реабілітаційний прогноз, використовуючи клінічне мислення та ґрунтуючись на наявних або потенційних обмеженнях життєдіяльності у ВРІТ	A4	K2.1	ME2.3 ME2.4	K1.3		СК 04
<b>1.5. Планування (95,2 %)</b> Здатність розробляти, планувати й реалізовувати індивідуальну програму фізичної терапії, пріоритетні завдання та втручання, використовуючи науково доказовий та середовищно орієнтований реабілітаційний підхід у співпраці з пацієнтом / опікуном й урахуванням контексту	A4 A6	K2.3	ME2.4 ME3.1 ME2.1 ME3.1 ME3.3 Com1.6	K1.4	СК 05	СК 05
<b>1.6. Оцінювання (100 %)</b> Здатність розуміти механізм впливу втручань фізичної терапії на стан пацієнта у ВРІТ і коректувати їх у разі потреби	A6	K3.1	ME3.4 ME4.1			
<b>1.7. Оцінювання (100 %)</b> Здатність проводити моніторинг і оцінювання результатів втручань і в разі потреби вносити зміни до програми фізичної терапії	A6 A7	K3.2	ME1.4 ME2.2 ME3.4 ME4.1	K1.2	СК 06	ЗК 03 СК 07

<b>1.8. Документування (81 %)</b> Здатність розуміти та якісно виконувати вимоги до документування процесу фізичної терапії у ВРІТ відповідно до етичних, правових вимог і сфер практик	A2	K4.1	ME1.4 ME3.2 Com5.1 Com5.2 Col 3.2	K1.6		CK 08
<b>1.9. Комунікація та втручання (95,2 %)</b> Здатність використовувати доречні форми комунікації з пацієнтами у ВРІТ, їх законними представниками та/або родичами, спілкуватися емпатично й зрозуміло з дотриманням принципів доказово інформованої практики для ефективного відповідного інформування про стан, реабілітаційний прогноз і фізичну терапію, навчання пацієнтів або їх родин, створення терапевтичного альянсу й досягнення найліпших результатів фізичної терапії	C1 C2 C3 C4 C5	C1.1	Com1.1 Com3.1 Com3.2 Com4.1Co m4.2 Com4.3 Com5.3 HA1.2 S4.5	K4.1 K4.3	CK 08	CK 06
<b>1.10. Комунікація та втручання (95,2 %)</b> Здатність безпечно й ефективно виконувати заплановані втручання фізичної терапії для запобігання вторинним ускладненням для збереження, поліпшення, відновлення та/або компенсації функцій організму й рівня активностей пацієнтів у ВРІТ та здатність до комунікації, конструктивної дискусії та встановлення професійних стосунків і співпраці з пацієнтом і членами команди у ВРІТ	A6	K5.1	Com2.2 Col 1.1 Col 1.3 Col 2.1 P2.2	K1.5 K4.1 K4.3	ЗК 02 ЗК 07	CK 06
<b>1.11. Ухвалення рішень (81 %)</b> Здатність оцінювати наукові дослідження й клінічні дані, дотримуватися принципів доказово інформованої практики, щоб ухвалювати науково обгрунтовані клінічні рішення у процесі фізичної терапії у ВРІТ		K6.1	L1.1 S3.4 S4.1	K3.1 K3.2 K3.4	ЗК 01 ЗК 06	ЗК 04
<b>Домен 2. Професіоналізм</b>						
<b>2.1. Інтеграція (81 %)</b> Здатність розуміти й обговорювати з іншими фахівцями та колегами ролі й обов'язки, практикуючи в межах власної сфери діяльності відповідно до чинного законодавства, етичних і професійних норм та правил у ВРІТ, принципів чесності й антикорупції	C1 C3	P1.1	Col 1.2 Col 3.1 P 1.1 P3.1	K2.2		CK 06
<b>2.2. Інтеграція (90,5 %)</b> Здатність зберігати й забезпечувати приватність, конфіденційність і комфорт, поважати гідність пацієнта у ВРІТ, незалежно від його рівня свідомості	C1	P2.1	Com1.2 Com5.3 P1.3* P2.1*	K2.2 K2.3		
<b>2.3. Інтеграція (85,7 %)</b> Здатність практикувати неупереджено, враховуючи потреби, цінності, переконання пацієнта та його родини		P2.2	ME2.3 Com 1.3	K2.3	CK 07	

<b>2.4. Безпека та якість (100 %)</b> Здатність працювати безпечно для себе й пацієнтів, зокрема дотримуватися правил техніки безпеки та інфекційного контролю під час роботи у ВРІТ	C2	K7.1	ME5.1 ME5.2		CK 03	
<b>2.5. Співпраця (90,5 %)</b> Здатність дотримуватися професійної етики й комунікації у співпраці з фахівцями команди у ВРІТ та іншими працівниками охорони здоров'я для підвищення якості реабілітації	C3	C1.3	Com1.3 Com1.5 Col 1.1 Col 1.2 Col 1.3 Col 2.1 Col 2.2 P 3.1	K 2.2		
<b>2.6. Співпраця (100 %)</b> Здатність розуміти межі компетентностей фахівців у ВРІТ та автономно працювати відповідно до сфери практики фізичної терапії у ВРІТ	C3	P1.2	Col 1.2 Col 3.1 P3.1	K2.1 K2.2	3K 03	
<b>2.7. Безпека та якість (100 %)</b> Здатність вчасно виявляти, оцінювати, аналізувати, відповідно реагувати на ризики й негативні зміни в стані пацієнта у ВРІТ, вчасно повідомляти про їх виникнення та звертатися по допомогу	A1	K8.1 K8.2	ME1.6 ME5.1 ME5.2 L1.2 L1.3 P2.2		CK 09	CK 12
<b>2.8. Безпека та якість (100 %)</b> Здатність проактивно реагувати на реальні або потенційні складні й серйозні загрози, інциденти, помилки	A1	K8.1 K8.2	ME1.6 ME5.1 ME5.2 L1.2 L1.3 P2.2		CK 09	CK12
<b>Домен 3. Навчання і розвиток</b>						
<b>3.1. Професійний розвиток і навчання (learning) (95,2 %)</b> Здатність розуміти потребу в безперервному професійному розвитку, планувати й реалізовувати підвищення кваліфікації з фізичної терапії у ВРІТ	A1	P3.1	S1.1 S1.2 S1.3	K7.2	3K 09	CK 11
<b>3.2. Професійний розвиток і навчання (learning) (95,2 %)</b> Здатність здійснювати рефлексивну практичну діяльність у ВРІТ, щоб поліпшити ефективність та якість надання послуг реабілітації	A1	P3.2	ME1.1 L4.3	K7.1		
<b>Домен 4. Менеджмент і лідерство</b>						
<b>4.1. Стратегічне мислення (76,2 %)</b> Здатність здійснювати адвокацію та брати участь у впровадженні доказових підходів і втручань фізичної терапії у ВРІТ на національному рівні та в громаді чи закладах охорони здоров'я	C2 C3	K6.2	L1.1 L2.2 L3.1 L3.2 NA2.1 NA2.3			
<b>4.2. Оцінювання й управління ресурсами (76,2 %)</b> Здатність ефективно керувати наявними ресурсами, обладнанням, часом і персоналом, щоб оптимізувати роботу фізичного терапевта у ВРІТ	A3	M1.1	ME 3.3 L2.1	K3.4		3K 01 CK 10

<b>4.3. Робота в команді (85,7 %)</b> Здатність керувати особистими та професійними потребами, забезпечуючи сталу, тривалу практику, сприяючи розвитку культури підтримання колег у професійній діяльності й етичній поведінці та демонструючи прагнення до досконалої практики фізичної терапії у ВРІТ		<b>P5.2</b> <b>M1.2</b>	<b>P1.2</b> <b>P3.2</b> <b>P4.2</b>			
<b>Домен 5. Дослідження</b>						
<b>5.1. Інтеграція реабілітаційних досліджень (90,5 %)</b> Здатність шукати й аналізувати наукові дослідження, оцінювати їх якість і надійність та інтегрувати доказові підходи у свою практичну діяльність	<b>A1</b> <b>A2</b>	<b>E1.1</b>	<b>L1.1</b> <b>L2.2</b> <b>S3.1</b> <b>S3.2</b>	<b>K3.1</b> <b>K3.2</b>		<b>ЗК 02</b>
<b>5.2. Розроблення й поширення реабілітаційних досліджень (76,2 %)</b> Здатність розуміти значення, етичні принципи досліджень та активно брати участь, підтримувати проведення наукових досліджень та поширювати їх результати для поліпшення якості фізичної терапії у ВРІТ	<b>A3</b>	<b>E1.2</b>	<b>L1.1</b> <b>S4.1</b> <b>S4.2</b> <b>S4.3</b> <b>S4.5</b>	<b>K3.1</b> <b>K3.2</b>		<b>СК 09</b>

**Примітка:** \* **ВОФТ** – перелік професійних компетентностей фізичного терапевта від Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів [25]; **WPT** – рамка компетентностей World physiotherapy (Всесвітня конфедерація фізичної терапії) [23]; **RCS** – Rehabilitation Competency Framework (перелік реабілітаційних компетентностей, запропонованих ВООЗ)[22]; **ERS** – рамка компетентностей The European Respiratory Society (Європейське респіраторне товариство) [24]; **ME** – компетентності HERMES ERS домену «Medical Expert»; **Com** – компетентності HERMES ERS домену «Communicator»; **Col** – компетентності HERMES ERS домену «Collaborator»; **L** – компетентності HERMES ERS домену «Leader»; **HA** – компетентності HERMES ERS домену «Health Advocate»; **S** – компетентності HERMES ERS домену «Scholar»; **P** – компетентності HERMES ERS домену «Professional»; \* – часткова відповідність. **ЗК** – загальні компетентності; **СК** – спеціальні (фахові, предметні) компетентності.

Такий профіль результатів спостерігали й в інших дослідженнях, присвячених мінімальним стандартам практики фізичних терапевтів у ВРІТ, де клінічні навички й безпеку пацієнта оцінювали як беззаперечний пріоритет, тоді як управлінські й освітні ролі виявляли більшу варіабельність залежно від організаційної культури та розподілу повноважень [2, 6, 29]. Це може відобразити різний рівень залучення фізичних терапевтів до управлінських й освітніх процесів у ВРІТ в Україні та підкреслює потребу в подальшому розвитку цих напрямів.

У настановах щодо розроблення навчального плану освітньої програми підготовки фізичних терапевтів початкового рівня (Guidance for developing a curriculum for physiotherapist entry level education programme, World Physiotherapy) підкреслено потребу чіткого розмежування між початковими компетентностями автономного фахівця та компетентностями для наукової діяльності й безперервного професійного розвитку [23]. Це дало змогу коректно окреслити компетентності початкового рівня підготовки для роботи у ВРІТ, які описують базові навички фізичного терапевта у ВРІТ для проведення обстеження, оцінювання, планування й аналізу втручань, здатність до комунікації, ухвалення рішень, ведення документації, дотримання конфіденційності, етичних норм і провадження безпечної практики. На основі базових знань

визначено компетентності, які дають змогу реалізувати дослідницьку й наукову діяльність, безперервно і професійно розвиватися.

Навчальна програма з респіраторної фізичної терапії ERS HERMES Respiratory Physiotherapy Curriculum [24] стала основою для систематизації базових і розширених навичок респіраторної фізичної терапії. У цьому документі детально описано фундаментальні компетентності (позиціонування, гігієну бронхіального дерева, дихальні й мануальні техніки) і розширені ролі фізичного терапевта (участь в ухваленні рішень про відлучення від апарата ШВЛ, підтримка програм неінвазивної вентиляції легень тощо), що дало змогу ввести в рамку мінімальні вимоги до безпечної практики й потенційні вектори розширення повноважень фахівця у ВРІТ.

Сформований перелік компетентностей має важливе значення для системи охорони здоров'я, оскільки виступає структурованою основою для планування освітніх програм, підготовки й оцінювання кадрів, узгодження очікувань роботодавців і фахівців, а відтак, опосередковано підвищує спроможність системи забезпечувати кваліфіковані послуги критично хворим пацієнтам. Перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ можна використовувати для розроблення програм усіх освітніх рівнів (від базової підготовки до клінічної спеціалізації, аспірантури й

безперервного професійного розвитку). Він може бути базою для формування результатів навчання та критеріїв оцінювання. Заклади охорони здоров'я на його основі можуть створювати внутрішні стандарти роботи закладу, розробляти локальні протоколи й нормативні документи, які передбачатимуть політику безпеки та якості, контролю, моніторингу ризиків, керування клінічними процедурами тощо. Також вона може бути основою для виявлення узгодженості між освітньою підготовкою фізичного терапевта у ВРІТ і вимогами клінічної практики. Отже, перелік може бути ланкою між освітніми програмами, кадровою політикою закладів охорони здоров'я та потребами системи реабілітації, оскільки створює підґрунтя для узгодженості очікувань роботодавців, регуляторів і професійної спільноти.

Розуміння важливості, безпечності, доказовості й ефективності фізичної терапії у ВРІТ вимагає підготовки кваліфікованих працівників. У міжнародній практиці фізичної терапії дедалі більше уваги приділяють формуванню й уніфікації компетентностей фахівців, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії (ВРІТ) для надання якісних послуг [1, 13, 30]. У дослідженнях із застосуванням модифікованого методу Дельфі [2, 6, 31] продемонстровано згоду досягти експертного консенсусу щодо мінімальних стандартів клінічної практики для фізичних терапевтів у ВРІТ і водночас вказано на значну неоднорідність практики залежно від ресурсів, структури системи охорони здоров'я та розподілу ролей у команді.

На сьогодні немає єдиної уніфікованої практики з підготовки та професійної діяльності фізичного терапевта у ВРІТ [13, 30], а також уніфікованого міжнародно визнаного переліку компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ [13, 24, 30, 32]. Найбільш неоднорідною залишається сфера респіраторної фізичної терапії, у межах якої фахівець може виступати автономним респіраторним фізичним терапевтом або поєднувати функції фізичного й респіраторного терапевта, що відображено, зокрема, в ERS HERMES Respiratory Physiotherapy Curriculum та в регіональних стандартах практики [13, 24, 32]. Запропонований перелік інтегрує базові й розширені компетентності в респіраторній фізичній терапії та створює підґрунтя для поетапного введення розширених ролей фізичного терапевта у ВРІТ відповідно до готовності системи охорони здоров'я. На цьому тлі розроблено українську рамку, яка доповнює наявні дані, поєднуючи клінічні стандарти з освітніми й дослідницькими компетентностями та чітко прив'язуючи їх до національних стандартів вищої освіти.

Попри одержання цінних результатів, дослідження має певні обмеження, які варто враховувати під час інтерпретації висновків і планування подальших робіт. Розмір і структура вибірки експертів залишалися обмеженими. Хоча до опитування залучено фахівців з 10 областей України, більша частина експертів представляла великі міста й заклади з високою концентрацією кадрів і ресурсів. Це могло звужити представленість досвіду фахівців із менших закладів, де організація реабілітації у ВРІТ може суттєво відрізнятися.

Деякі компетентності, зокрема управлінські й освітні, не досягли консенсусу. Це може свідчити не

лише про різний рівень залучення фахівців до менеджменту або викладання, а й про те, що роль фізичного терапевта у цих сферах в Україні ще не до кінця сформована. Тож результати треба трактувати як проміжний етап формування професійної ідентичності й розширення сфери практики у ВРІТ.

Дослідження проведено в контексті воєнного стану, що впливає на кадровий склад, навантаження, доступність фахівців та умови клінічної практики. Це могло змінювати пріоритети експертів та їх сприйняття важливості деяких компетентностей, що не обов'язково відобразить ситуацію у стабільніший період, однак допомогло врахувати особливості сучасного контексту країни й роботи фахівців.

**Висновки.** Перелік компетентностей фізичного терапевта у ВРІТ, валідований за модифікованим методом Дельфі, став контекстно чутливою адаптацією міжнародних підходів до умов реабілітаційної практики в Україні. Перелік відображає ключові компоненти професійної діяльності у ВРІТ, зокрема клінічну практику, професіоналізм, безпеку, навчання, менеджмент і дослідження, та узгоджується з національними стандартами освіти для першого та другого рівнів вищої освіти зі спеціальності «Терапія та реабілітація».

Перелік компетентностей створює концептуальну основу для стандартизації підготовки кадрів, розроблення силабусів, програм клінічної спеціалізації та безперервного професійного розвитку. Його можуть використовувати заклади освіти, клінічні установи, професійні організації та роботодавці для розроблення результатів навчання й індикаторів оцінювання; внутрішніх клінічних стандартів, протоколів і політик; програм для супервізії, стажування й розвитку компетентностей молодих фахівців; структурованих маршрутів професійного зростання.

**Подяка.** Висловлюємо щиро вдячність експертам і рецензентам, які долучилися до розроблення й оцінювання рамки компетентностей фізичних терапевтів у ВРІТ (О. А. Баран, Д. М. Крапіва, Л. В. Томин, С. І. Худа, А. Lewko, О. М. Звіряка). Також дякуємо всім учасникам опитування за модифікованим методом Дельфі за їхній професійний внесок.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Фінансування.** Частина дослідження, що стосувалася роботи експертної групи з обговорення й формування попереднього переліку компетентностей, була підтримана в межах ініціативи «Реабілітація травм війни в Україні», яку фінансує Швейцарська конфедерація в особі Федерального департаменту закордонних справ (FDFA) та реалізує Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва (SDC) через Посольство Швейцарії в Україні.

## References:

1. Perme CS, Damasceno MS, Chandrashekar R, Xu J, Ratnani I, Masud F, Wilches-Luna EC. Perme ICU Physical Therapy Competency: Development of an ICU Knowledge and Skills Assessment Tool. *Intensive Crit Care Nurs.* 2024 Dec; 85:103750. Epub 2024 Jun 25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103750>
2. Twose P, Jones U, Cornell G. Minimum standards of clinical practice for physiotherapists working in critical care settings in the United Kingdom: A modified

- Delphi technique. *J Intensive Care Soc.* 2019 May; 20(2):118-131. Epub 2018 Nov 20. <https://doi.org/10.1177/1751143718807019>
3. Eggmann S, McWilliams D. How to dose early mobilisation. *ESICM*. 2022. <https://www.esicm.org/article-review-how-to-dose-early-mobilisation/>
  4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Rehabilitation after critical illness in adults: CG83. 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>
  5. SCCM. ICU Liberation: The Role of Rehabilitation Professionals. 2021. <https://www.sccm.org/blog/icu-liberation-the-role-of-rehabilitation-professionals>
  6. Skinner EH, Thomas P, Reeve JC, Patman S. Minimum standards of clinical practice for physiotherapists working in critical care settings in Australia and New Zealand: A modified Delphi technique. *Physiother Theory Pract.* 2016 Aug; 32(6):468-482. Epub 2016 Jun 3. [doi.org/10.3109/09593985.2016.1145311](https://doi.org/10.3109/09593985.2016.1145311)
  7. Lai CC, Chou W, Chan KS, Cheng KC, Yuan KS, Chao CM, Chen CM. Early Mobilization Reduces Duration of Mechanical Ventilation and Intensive Care Unit Stay in Patients With Acute Respiratory Failure. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 May; 98(5):931-939. Epub 2016 Dec 13. PMID: 27979608. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.11.007>
  8. Linke CA, Chapman LB, Berger LJ, Kelly TL, Korpela CA, Petty MG. Early Mobilization in the ICU: A Collaborative, Integrated Approach. *Crit Care Explor.* 2020 Apr 29; 2(4):e0090. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000090>
  9. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2021 Feb; 42(1):112-126. Epub 2020 Aug 3. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
  10. Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: Impact, prevention, and management. *Breathe.* 2019; 15(2):98-101. <https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>
  11. Falkenstein BA, Skalkowski CK, Lodise KD, Moore M, Olkowski BF, Rojavin Y. The Economic and Clinical Impact of an Early Mobility Program in the Trauma Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *J Trauma Nurs.* 2020 Jan/Feb; 27(1):29-36. PMID: 31895316. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000479>
  12. Alanazi RAH, Alanazi AM, Alawad MS, Alanazi NMB. Best Practices for Early Mobilization of Intensive Care Unit Patients: A Narrative Review. *Saudi J Med Public Health.* 2024; 1(1):246-256. <https://doi.org/10.64483/20251138>
  13. Clini E, Costi S, Girardis M. Rehabilitation and physiotherapists in the critical care medicine. *Pulmonology.* 2024; 31(1). <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2024.04.006>
  14. McGrath BA, Bates L, Atkinson D, Moore JA; National Tracheostomy Safety Project. Multidisciplinary guidelines for the management of tracheostomy and laryngectomy airway emergencies. *Anaesthesia.* 2012 Sep; 67(9):1025-1041. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2012.07217.x>
  15. Matsuoka A, Yoshihiro S, Shida H, Aikawa G, Fujinami Y, Kawamura Y, Nakanishi N, Shimizu M, Watanabe S, et al. Effects of Mobilization within 72 h of ICU Admission in Critically Ill Patients: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med.* 2023 Sep 11; 12(18):5888. PMID:37762829; PMID:PMC10531519. <https://doi.org/10.3390/jcm12185888>
  16. Singam A. Mobilizing Progress: A Comprehensive Review of the Efficacy of Early Mobilization Therapy in the Intensive Care Unit. *Cureus.* 2024 Apr 4; 16(4):e57595. DOI: 10.7759/cureus.57595. PMID: 38707138; PMID: PMC11069628.
  17. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018 Sep; 46(9):e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
  18. Holzmüller CG. Intensive care unit (ICU). *EBSCO Research Starters.* 2025. <https://www.ebsco.com/research-starters/health-and-medicine/intensive-care-unit-icu>
  19. Beiderbeck D, Frevel N, von der Gracht HA, Schmidt SL, Schweitzer VM. Preparing, conducting, and analyzing Delphi surveys: Cross-disciplinary practices, new directions, and advancements. *MethodsX.* 2021 May 28; 8:101401. DOI: 10.1016/j.mex.2021.101401. PMID: 34430297; PMID: PMC8374446. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8374446/>
  20. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, Wales PW. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol.* 2014 Apr; 67(4):401-9. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002. PMID:24581294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24581294/>
  21. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 32(4):1008-1015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11095242/>
  22. Rehabilitation Competency Framework, Geneva, 12 September 2019. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation-competency-framework>
  23. World Physiotherapy. Guidance for developing a curriculum for physiotherapist entry level education programme. London, UK: World Physiotherapy. 2022. [https://world.physio/sites/default/files/2022-09/Curriculum\\_framework\\_guidance\\_FINAL.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2022-09/Curriculum_framework_guidance_FINAL.pdf)
  24. Troosters T, Tabin N, Langer D, Burtin C, Chatwin M, Clini EM, Emtner M, Gosselink R, Grant K, et al. Introduction of the harmonised respiratory physiotherapy curriculum. *Breathe (Sheff).* 2019 Jun; 15(2):110-115. DOI: 10.1183/20734735.0124-2019.
  25. Vseukrayinske obyednannya fizychnykh terapevtiv. Kompetentnosti osvithnoyi prohramy fizychnoyi terapiyi [Internet]. <https://upta.com.ua>
  26. Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy. Standart vyshchoyi osvity Ukrainy: spetsialnist 227 «Terapiya ta reabilitatsiya» (bakalavrskyy riven) [Internet]. 2024. <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2024/30-10->

- 2024/227-terapiya-ta-reabilitatsiya-bakalavr-1541-vid-29-10-2024.pdf
27. Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy. Standart vyshchoyi osvity Ukrainy: spetsial'nist 227 «Terapiya ta reabilitatsiya» (mahisterskyy riven) [Internet]. 2024. <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2024/30-10-2024/227-terapiya-ta-reabilitatsiya-mahistr-1549-vid-30-10-2024.pdf>
  28. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care*. 2003 Jun; 15(3):261-6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg031>.
  29. Van Aswegen H, Patman S, Planin N, Hanekom S. Developing minimum clinical standards for physiotherapy in South African ICUs: A qualitative study. *J Eval Clin Pract*. 2017 Dec; 23(6):1258-1265. Epub 2017 May 26. <https://doi.org/10.1111/jep.12774>
  30. Gomes, Thais Oliveira and Girão, Fernanda Berchelli and Silva, Matheus Henrique and Andrade, Marcus Vinicius Melo de. Competency-based education in intensive care multiprofessional training: a scoping review. *Critical Care Science*[online]. 2025 Sep 15; 37:e20250385. DOI: 10.62675/2965-2774.20250385. <https://criticalcarescience.org/article/competency-based-education-in-intensive-care-multiprofessional-training-a-scoping-review/>
  31. Idris I, Awotidebe AW, Mukhtar NB, Ativie RN, Nuhu JM, Muhammad IC, Danbatta AS, Adedoyin RA, Mohammed J. Expert consensus on the minimum clinical standards of practice for Nigerian physiotherapists working in intensive care units: a modified Delphi study. *Afr J Thorac Crit Care Med*. 2021; 27(3):10. [doi.org/10.7196/AJTCCM.2021.v27i3.137](https://doi.org/10.7196/AJTCCM.2021.v27i3.137)
  32. Mitchell S, Pitta F, Troosters T. Standardised education and training for respiratory physiotherapists. *Breathe*. 2013; 9(3):171-174. [doi.org/10.1183/20734735.001013](https://doi.org/10.1183/20734735.001013)

UDC 615.825

### COMPETENCY FRAMEWORK FOR PHYSIOTHERAPY IN THE INTENSIVE CARE UNIT EDUCATION: DEVELOPMENT, STRUCTURE AND VALIDATION

O.Y. Dub, K.A. Tymruk-Skoropad

*Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture,  
Department of Therapy and Rehabilitation, Lviv, Ukraine  
ORCID ID: 0009-0004-9285-2469,  
e-mail: oxanadub@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-8152-0435,  
e-mail: tymruk\_k@ukr.net*

**Abstract.** The intensive care unit is one of the most complex units in the healthcare system, not only because of the high clinical, organisational and ethical requirements, but also because of the need for a highly qualified

multidisciplinary team whose specialists must have the appropriate competencies. The physiotherapist in intensive care units works as part of a multidisciplinary team, providing specialised rehabilitation for critical ill patients after severe trauma and/or surgery, and their work may focus on respiratory support, early mobilisation and delirium management. Despite numerous proofs of the effectiveness of physiotherapy in intensive care units, this practice is still not widespread in Ukraine due to the lack of appropriate regulatory and legal support and a properly organized educational process for training qualified personnel. The development of a general list of competencies for physiotherapists in intensive care units could serve as a basis for the systematic development and implementation of modern evidence-based practices. The absence of a unified competency framework for physiotherapists in intensive care units in Ukraine enhances the scientific novelty and relevance of the study, making it an important contribution to the Ukrainian and international context. The aim of the study is to develop and validate a general list of competencies for physiotherapists working in intensive care units in Ukraine. The methodological basis was chosen as the modified e-Delphi method. Before conducting the study using the Delphi method, a preliminary list of competencies for physiotherapists in intensive care units was developed. This was done in three stages: analysis and summarization of publications; work of an expert group to discuss and form a list of competencies; review and finalization of the preliminary list of competencies for physiotherapists in intensive care units. As a result of two rounds of expert evaluation using the Delphi method, a general list of 26 competencies for physiotherapists specializing in intensive care units was formed, corresponding to five main domains: practice, professionalism, training and development, management and leadership and research. The list of competencies for physiotherapists in intensive care units, validated using a modified Delphi method, is a context-sensitive adaptation of international approaches to the conditions of rehabilitation practice in Ukraine. The list reflects the key components of professional activity in intensive care units, including clinical practice, professionalism, safety, training, management, and research, and is consistent with national education standards for the first and second levels of higher education in the specialty "Therapy and Rehabilitation." The list of competencies provides a conceptual framework for standardizing training, developing syllabi, clinical specialization programs, and continuing professional development. It can be used by educational institutions, clinical institutions, professional organizations, and employers to develop learning outcomes and assessment indicators; internal clinical standards, protocols, and policies; programs for supervision, internships, and competency development for young professionals and structured career paths.

**Keywords:** intensive care unit, physiotherapy, competence, expert assessment, validation.

**Conflict of interest:** absent.



Copyright © О.Я. Дуб, К.А. Тимрук-Скоропад, 2026

Дата першого надходження статті до видання 18.12.2025 р.  
Дата прийняття статті до друку після рецензування 08.02.2026 р.