momentum
wheels for humanity

КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ В УКРАЇНІ



momentum
wheels for humanity

КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ В УКРАЇНІ

ЧЕРВЕНЬ, 2025

Цей звіт став можливим завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Уряд США. Зміст є відповідальністю Моментум Вілз фор Хьюменіті і не обов'язково відображає погляди Уряду США.

Цей документ підготовлено:

Моментум Вілз фор Хьюменіті
9509 Вассар авеню, сьют А
Чатсворт, СА 91311
Тел.: (818) 255-0100

Контактна інформація:

Аліна Терещенко
Технічний фахівець з ерготерапії
atereshchenko@momentum4humanity.org

Анна Ковалик
Технічна асистентка з ерготерапії
akovalyk@momentum4humanity.org

Фото обкладинки: Проєкт «Реабілітація в Україні» (Rehab4U)
Місцезнаходження: Львів, Україна

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ 4

СТИСЛИЙ ОГЛЯД 5

ПЕРЕДУМОВИ ТА ЦІЛІ 8

МЕТОДОЛОГІЯ 12

ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ДАНИХ 13

МЕТОДИ ЗБОРУ ДАНИХ ТА АНАЛІЗУ 13

РЕЗУЛЬТАТИ 17

ТЕМА 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ 18
1.1. Стать і вік 18
1.2. Географічний розподіл 19

ТЕМА 2. ОСВІТА: СПЕЦІАЛЬНІСТЬ, СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ, ПРОФЕСІЙНА КВАЛІФІКАЦІЯ, ОСВІТНЯ ПРОГРАМА 20
2.1. Дані про освіту представників професійної спільноти 20
2.2. Дані про освіту представників закладів охорони здоров'я 22

ТЕМА 3. ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ 23
3.1. Форми власності закладів, у яких працюють опитані респонденти 23
3.2. Нозології, з якими працюють опитані 24
3.3. Пакети медичних гарантій, у рамках яких надаються ерготерапевтичні послуги 27
3.4. Кількість ставок, вакансій, штатних посад у закладах, де працюють ерготерапевти 29
3.5. Професійна діяльність у ЗВО (лише представники професійної спільноти) 30

ТЕМА 4. САМООЦІНКА КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ТА ОСВІТНІХ ПОТРЕБ 31
4.1. Самооцінка компетентностей 31
4.2. Участь у заходах підвищення кваліфікації 31
4.3. Засоби мотивації до підвищення кваліфікації, які роботодавці можуть використовувати 33
4.4. Знання і практичні навички, які використовують ерготерапевти у своїй практичній діяльності. 34

ТЕМА 5. ПОТРЕБА УКРАЇНИ У ЕРГОТЕРАПЕВТАХ ТА СПРОМОЖНІСТЬ ЗВО У ЇХ ПІДГОТОВЦІ 38
Спроможність національних ЗВО у підготовці ерготерапевтів 39

ВИСНОВКИ ТА/АБО ОБГОВОРЕННЯ 42

РЕКОМЕНДАЦІЇ 45

ДОДАТКИ 49

ДОДАТОК 1
Структурований шаблон (чекліст) для спрощеного контент-аналізу відібраних нормативно-правових документів та політик 50

ДОДАТОК 2
Опитувальник для закладів охорони здоров’я, які надають послуги за напрямом реабілітації в межах ПМГ 51

ДОДАТОК 3
Опитувальник ерготерапевтів — членів професійної спільноти 57

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

У даному звіті використовуються такі скорочення:

ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки
УТЕТ	Українське товариство ерготерапевтів
ПМГ	Програма медичних гарантій
ЕТ	Ерготерапевт
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ЕД	Ерготерапевтичні дисципліни
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЕСОЗ	Електронна система охорони здоров'я
ЄДЕБО	Єдина державна електронна база з питань освіти
НПА	Нормативно-правовий акт
МДРК	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда
БПР	Безперервний професійний розвиток
ОП	Освітня програма
WFOT	World Federation of Occupational Therapists, Всесвітня федерація ерготерапевтів

СТИСЛИЙ ОГЛЯД



Передумови. Потреби в реабілітації та ерготерапії у світі активно зростають, що відзначено 2024 року в Глобальній стратегії щодо робочої сили в ерготерапії Всесвітньої федерації ерготерапевтів. Ерготерапії в Україні розвивається порівняно недавно: починаючи з 2016 року, коли було створено Українське товариство ерготерапевтів (УТЕТ), подальших нормативних кроків, включно з внесенням ерготерапії до переліку галузей знань, затвердженням кваліфікаційних характеристик до посади ерготерапевта та започаткуванням освітніх програм. Значним поштовхом до розвитку професії стала вимога Національної служби здоров'я України щодо наявності ерготерапевтів у закладах охорони здоров'я, які надають реабілітаційні послуги. Безперечно виклики, пов'язані з повномасштабною війною російської федерації проти України, що розпочалась у 2022 році, значно збільшили потребу в реабілітації як військовослужбовців, так і цивільних громадян. Водночас кадровий потенціал ерготерапевтів в Україні залишається недостатньо вивченим, нерівномірно розподіленим, а більшість фахівців-практиків не мають профільної освіти, що створює проблеми для якості послуг.

Цілі. Мета звіту — провести комплексний аналіз кадрового потенціалу ерготерапевтів в Україні, визначити їхні потреби у фаховій освіті і безперервному професійному розвитку для посилення спроможності надання реабілітаційних послуг. Для цього було здійснено кількісний аналіз чисельності, регіонального розподілу, рівня зайнятості, профільної освіти і залучення ерготерапевтів до надання послуг, а також оцінку потреб у спеціалізації та підвищенні кваліфікації.

Методи. Для збору інформації застосовано мультиджерельний підхід: аналіз нормативно-правових актів, статистичних даних НСЗУ за 2024 рік, даних Єдиної державної електронної бази з питань освіти та Міністерства освіти і науки України, а також онлайн-опитування закладів охорони здоров'я та ерготерапевтів — членів УТЕТ. Для аналізу використовувались дані опитування 383 закладів охорони здоров'я та 71 ерготерапевта. Збір і аналіз даних здійснювалися з використанням описової статистики, контент-аналізу відкритих запитань, а також непараметричних статистичних методів, зокрема, критерію хі-квадрат Пірсона для виявлення статистично значущих відмінностей. Обробка даних проводилася у Microsoft Excel 365 і IBM SPSS Statistics 10.0.

Висновки. За даними НСЗУ, на кінець 2024 року в електронній системі охорони здоров'я зареєстровано 1881 ерготерапевта, з цієї кількості 1609 працюють у закладах охорони здоров'я, що надають послуги за напрямом реабілітації в межах програми медичних гарантій. Проте лише 62 особи отримали профільну вищу освіту за спеціалізацією «Ерготерапія», а це означає, що понад 1800 працюючих ерготерапевтів не мають спеціалізованої освіти і повинні пройти цикл спеціалізації тривалістю 6 місяців, щоб продовжувати роботу після 1 січня 2028 року. Недостатній запит на проходження спеціалізації вказує на низьке знання законодавчих норм, які регулюють доступ до професії, як серед ерготерапевтів, так і представників ЗОЗ. Доцільно також зазначити, що через велику кількість осіб, які повинні пройти цикл спеціалізації у визначені терміни, можливе суттєве навантаження на систему впродовж наступних двох років. Це також пов'язано з обмеженою кількістю закладів, що здійснюють відповідні цикли спеціалізації, а також із браком передбачених місць. Окрім того, частина цих закладів не мають відповідного викладацького складу і якісного програмного наповнення, що також може загрожувати якості підготовки фахівців.

Більшість ерготерапевтів, які брали участь в опитуванні, оцінюють власні компетентності як середні або трохи вищі за середні, але відзначають суттєві прогалини в ключових клінічних навичках (аналіз виконання занять, адаптація середовища, забезпечення допоміжними засобами реабілітації). Хоч ЗОЗ часто

мотивують участь у заходах підвищення кваліфікації, запити фокусуються на вузьких нозологіях і практичних питаннях, а не на системному опануванні ерготерапевтичних підходів, що становить сутність професії під назвою «ерготерапія».

Існує географічна нерівномірність розподілу ерготерапевтів, яка створює дисбаланс у доступі до реабілітаційних послуг, особливо в сільських та віддалених регіонах, а також у зонах, розташованих поруч із бойовими діями.

Кількість ерготерапевтів в Україні є недостатньою для покриття потреб населення. І водночас, спроможність закладів вищої освіти готувати нових ерготерапевтів є обмеженою.

Рекомендації. Для посилення компетентностей ерготерапевтів, які не здобули профільної освіти, важливо створити методичні рекомендації задля стандартизації програми циклу спеціалізації, яка не потребує тривалої перерви в роботі, та єдині стандартизовані навчальні модулі з чітко визначеними цілями і результатами, уніфікованими матеріалами (лекції, кейси, методичні посібники), що гарантує однаковий рівень підготовки для всіх учасників. До напрацювання методичних рекомендацій і навчальних модулів залучити проєкти міжнародно-технічної допомоги та професійну спільноту. Оцінити рівень компетентностей допоможе розробка онлайн-інструменту самооцінки: короткий тест чи анкета, яку ерготерапевт проходить раз на рік для самоаналізу сильних і слабких сторін. Для підвищення кваліфікації варто використовувати дистанційні супервізії, менторство та підхід «рівний рівному».

Підвищенню обізнаності працівників і керівників ЗОЗ про обов'язковість і механізми спеціалізації допоможуть інформаційні кампанії. Посилення зацікавленості студентів бакалаврату до вступу на магістерські програми з ерготерапії може відбуватись шляхом систематичної інформаційної та роз'яснювальної роботи зі здобувачами вищої освіти. Інформаційна та роз'яснювальна робота може здійснюватися закладами вищої освіти за підтримки проєктів міжнародно-технічної допомоги.

Для надання ерготерапевтичних послуг у сільських чи віддалених регіонах органам місцевої влади варто залучати на договірній основі ерготерапевтів із сусідніх громад, пропонуючи гідну оплату праці, компенсацію витрат на проїзд та забезпечення необхідними матеріалами. Витрати можуть покриватись бюджетом органів місцевої влади та проєктами міжнародно-технічної допомоги. Окрім того, залучення до співпраці ЗВО для формування пулу випускників шляхом узгодження з університетами проведення практики за професійним спрямуванням у дефіцитних регіонах дозволить скоротити нерівномірний розподіл ерготерапевтів у межах країни.

Збільшенню кількості ерготерапевтів сприятимуть збільшення кількості ЗВО, які пропонують навчання за освітньою програмою магістерського рівня з ерготерапії, збільшення кількості студентів на освітніх програмах та підтримка циклів спеціалізації для осіб, які не мають фахової вищої освіти за спеціалізацією.

Нарешті, створення та підтримка актуальної бази даних кадрового потенціалу дозволить здійснювати регулярний моніторинг, аналіз і планування розвитку професії на національному, регіональному та місцевому рівнях.

ПЕРЕДУМОВИ ТА ЦІЛІ



Всесвітня федерація ерготерапевтів у Глобальній стратегії щодо робочої сили в ерготерапії (Global Strategy for the Occupational Therapy Workforce, 2024)[1] зазначає, що потреби населення в реабілітації та ерготерапії зросли в країнах з різними рівнями доходу, але кадровий потенціал ерготерапевтів залишається недостатньо розвиненим або нерівномірно розподіленим як безпосередньо в самих країнах, так і між ними, незалежно від рівня доходу населення.

В Україні ерготерапія почала розвиватися лише нещодавно: в 2016 році була створена громадська організація «Українське товариство ерготерапевтів» (УТЕТ); у 2017 році підписаний Меморандум про взаєморозуміння між Всесвітньою федерацією ерготерапевтів та Міністерством охорони здоров'я України за участі УТЕТ; того ж року постановою Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 р. № 53[2] ерготерапію внесено до переліку галузей знань та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти; 2018 рік — наказом МОЗ від 13 грудня 2018 р. №2331[3] затверджено кваліфікаційні характеристики для професій «ерготерапевт» та «асистент ерготерапевта»; у 2019 році наказом МОЗ від 25 березня 2019 р. № 668[4] посада ерготерапевта була визначена в переліку посад професіоналів у галузі охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я. Перша освітня програма другого (магістерського) рівня за спеціалізацією «Ерготерапія» була започаткована у 2019 році в Національному університеті фізичного виховання та спорту України в місті Київ.

Наступним поштовхом до розвитку професії ерготерапевта стала вимога мати щонайменше двох ерготерапевтів у штаті закладу, який уклав договір із Національною службою здоров'я України на 2021 рік за пакетами «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату» та «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ). Ця вимога значно збільшила кількість вакансій ерготерапевта і мотивувала ЗОЗ залучати таких фахівців до роботи.

І, звісно, повномасштабна війна, розпочата російською федерацією проти України в 2022 році, яка призводить до великої кількості постраждалих як серед військових, так і серед цивільних, вимагає пришвидшеного розвитку системи реабілітації для забезпечення все більших потреб.

Згідно з наказом МОЗ № 385 від 28.10.2002[5] на посаді ерготерапевта в галузі охорони здоров'я можуть працювати особи, які здобули вищу освіту за спеціальністю «Терапія та реабілітація» («Фізична терапія, ерготерапія»), спеціалізація за дипломом «Ерготерапія». В разі здобуття вищої освіти за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» (без зазначення спеціалізації в дипломі), «Фізична реабілітація» галузі знань «Охорона здоров'я», «Фізична реабілітація» галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини», особа може працювати на посаді ерготерапевта за умови проходження спеціалізації «Ерготерапія» до 1 січня 2028 року.

---

[1] Global Strategy for the Occupational Therapy Workforce, 2024, https://wfot.org/resources/wfot-global-strategy-for-the-occupational-therapy-workforce

[2] Постанова Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 р. № 53 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266», https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/53-2017-%D0%BF#Text

[3] Наказ МОЗ від 13 грудня 2018 №2331 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2331282-18#Text

[4] Наказ МОЗ 25.03.2019 № 668 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385», https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0417-19#Text

[5] Наказ МОЗ №385 від 28.10.2002 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я, посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою, залучених до надання реабілітаційної допомоги у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд в закладах охорони здоров'я», https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text

За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), отриманими на запит проєкту Rehab4U, на кінець грудня 2024 року в ЕСОЗ було зареєстровано 1881 ерготерапевта. З-поміж такої кількості 1609 ерготерапевтів працюють у закладах, законтрактованих за пакетами «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах», або «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя». Проте за даними, отриманими у МОН, лише 62 особи з часу запровадження вищої освіти за спеціалізацією «Ерготерапія» здобули дану спеціальність. Тобто понад 1800 осіб, які наразі працюють на посадах ерготерапевта, не здобули профільної спеціалізованої освіти і повинні пройти цикл спеціалізації тривалістю 6 місяців для можливості працювати на посаді ерготерапевта після 1 січня 2028 року.

В Україні всебічне оцінювання показників чисельності ерготерапевтів, їх статевого та географічного розподілу, умов роботи, а особливо рівня освіти та потреби в додатковому навчанні, в тому числі спеціалізації та БПР, не проводилось, проте плани розвитку системи реабілітації, політики та процедури напряму залежать від даних про робочу силу.

Мета: провести комплексний аналіз кадрового потенціалу ерготерапевтів в Україні та визначити їхні потреби у фаховій освіті та безперервному професійному розвитку задля посилення спроможності фахівців у наданні послуг.

Завдання:

1. Провести кількісний аналіз кадрового потенціалу ерготерапевтів в Україні, зокрема визначити загальну чисельність фахівців, їхню регіональну дистрибуцію, рівень зайнятості, профільну освіту та залучення до надання реабілітаційних послуг.
2. Провести аналіз потреб ерготерапевтів у профільній освіті та безперервному професійному розвитку.
3. Розробити рекомендації для посилення кадрового потенціалу ерготерапевтів в Україні, зокрема щодо планування освітніх заходів, включаючи стандартизацію програм циклу спеціалізації з ерготерапії.
4. Створити первинну базу даних про кадровий потенціал ерготерапевтів для моніторингу прогресу та спрямування національних, регіональних і місцевих рішень.

Визначення ключових понять

У цьому звіті ключові терміни та поняття вживаються в такому розумінні :

Реабілітація — комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем[6]

Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я — діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі

Ерготерапія — це первинна реабілітаційна професія у сфері охорони здоров'я, соціальних послуг та освіти, яка допомагає людям усіх вікових категорій.

[6] Закон України «Про реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 03 грудня 2020 року, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text

Клієнтами ерготерапевтів є люди, які внаслідок фізичних, розумових, сенсорних, психоемоційних або соціальних проблем не можуть брати повноцінну участь у повсякденному житті. Основною метою ерготерапії як науки та мистецтва є уможливлення залучення людини до виконання повсякденних занять, досягнення максимально можливого рівня її незалежності та покращення якості її життя шляхом розвитку, відновлення або підтримання функціональних навичок, модифікації заняттєвої активності людини або адаптації її середовища[7]

Фізична терапія — процес забезпечення розвитку, максимального відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або таких дій, у яких можуть виникнути такі обмеження

Фахівці з реабілітації — особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку

Електронна система охорони здоров'я — інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API)

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда складається з фахівців з реабілітації, кожен член якої проводить реабілітаційне обстеження, бере участь у встановленні мети та завдань реабілітації, планує та реалізує свою програму терапії, в результаті члени МДРК спільно створюють індивідуальний реабілітаційний план пацієнта[8]

Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами[9]

Допоміжні засоби реабілітації — будь-які зовнішні вироби (включаючи пристрої, обладнання, прилади чи програмне забезпечення), спеціально виготовлені або загальнодоступні, основною метою яких є підтримка або поліпшення функціонування та незалежності особи та сприяння її добробуту. Допоміжні засоби реабілітації також використовуються для запобігання порушенням та виникненню вторинних станів здоров'я та є об'єктом регулювання технічних регламентів щодо медичних виробів

---

[7] Позиційна заява «Визначення ерготерапії», Українське товариство ерготерапевтів, 2019 рік, https://ergo-ukraine.com.ua/resources/pozicijna-zayava-viznachennya-ergoterapiyi

[8] Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#n262

[9] Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII від 19 жовтня 2017 року. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

МЕТОДОЛОГІЯ



ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ДАНИХ

Для формування звіту були зібрані дані з шести джерел:

1. **Нормативно-правові акти, які регламентують вищу освіту, спеціалізацію та компетентності ерготерапевта.**
   Пошук та відбір відповідних НПА відбувався з використанням вебсайтів Верховної Ради України, МОЗ та МОН.

2. **Статистичні дані Національної служби здоров'я України за 2024 рік.**
   Дані щодо кількості надавачів послуг за напрямом реабілітації в межах ПМГ були проаналізовані на основі дашборду НСЗУ «Укладені договори про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій». Статистичні дані щодо кадрового потенціалу ерготерапевтів, зареєстрованих в ЕСОЗ, були додатково запитувані в НСЗУ.

3. **Дані з Єдиної державної електронної бази з питань освіти.**
   Для визначення кількості осіб, які здобувають освітній ступінь магістра за спеціалізацією «Ерготерапія», були проаналізовані дані на платформі ЄДЕБО.

4. **Дані Міністерства освіти і науки України.**
   Інформація щодо кількості осіб із магістерськими ступенями за спеціалізацією «Ерготерапія», а також кількість нових випускників з ерготерапії запитувана в МОН через електронну пошту.

5. **Онлайн-опитування закладів охорони здоров'я, які надають послуги за напрямом реабілітації в межах ПМГ.**
   Дані про кадровий потенціал ерготерапії були зібрані шляхом заповнення ЗОЗ опитувальника. Опитувальник був надісланий електронною поштою НСЗУ, яка розповсюдила його серед ЗОЗ. Кадровий потенціал ерготерапії тут включає надавачів ерготерапевтичних послуг у ЗОЗ, які реалізують реабілітаційні пакети за ПМГ у всіх неокупованих регіонах України.

6. **Онлайн-опитування ерготерапевтів — членів Українського товариства ерготерапевтів.**
   Основні дані про фахівців із ерготерапії були зібрані шляхом заповнення ними опитувальника, розповсюдженого через закриті канали комунікації членів УТЕТ. Критерієм включення є належність до когорти надавачів ерготерапевтичних послуг та викладачів ерготерапевтичних дисциплін в усіх неокупованих регіонах України.

МЕТОДИ ЗБОРУ ДАНИХ ТА АНАЛІЗУ

Аналіз нормативно-правових актів

Для аналізу були визначені такі нормативно-правові акти:

№	Назва	Дата прийняття	Прийняття	Посилання
1	Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»	03.12.2020	Верховна Рада України; Закон № 1053-IX	https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text
2	Закон України «Про вищу освіту»	01.07.2014	Верховна Рада України; Закон № 1556-VII	https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text

№	Назва	Дата прийняття	Прийняття	Посилання
3	Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я (далі — постанова КМУ від 03.11.2021 року №1268)	03.11.2021	КМУ; Постанова № 1268	https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text
4	Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я, посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою, залучених до надання реабілітаційної допомоги у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд в закладах охорони здоров'я	28.10.2002	МОЗ; Наказ № 385	https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text
5	Про затвердження Номенклатури спеціальностей професіоналів у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я, Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за спеціальностями професіоналів у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я та професіоналів з вищою немедичною освітою	23.01.2024	МОЗ; Наказ № 112	https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0159-24#Text
6	Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 Охорона здоров'я	29.03.2002	МОЗ; Наказ № 117	https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text
7	Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 Терапія та реабілітація галузі знань 22 Охорона здоров'я для другого (магістерського) рівня вищої освіти	05.09.2022	МОН; Наказ № 791 (в редакції Наказу МОН № 1549 від 30.10.2024)	https://mon.gov.ua/static-objects/mon/uploads/public/675/c37/159/675c371599b10001228482.pdf

Аналіз актів відбувався за допомогою спрощеного контент-аналізу на основі структурованого шаблону (чекліста) для аналізу документів (Додаток 1), який містив інформацію щодо назви документа; типу документа (закон, постанова, наказ тощо); дати та номера прийняття документа; установу, що прийняла документ; основної тематики документа; основних положень, пов'язаних із темою аналізу; та посиланням на повний текст документа.

Онлайн-опитування

Для збору даних розроблено два опитувальника, один з яких був наданий для заповнення представникам ЗОЗ (Додаток 2), а інший — членам УТЕТ (Додаток 3). Вся зібрана інформація об'єднана в дві окремі бази даних у форматі Excel та проаналізована з використанням методів описової статистики (частоти, середні значення, діаграми розподілу тощо).

Дані зібрані та проаналізовані відповідно до ключових компонентів:

- Доступний кадровий потенціал
- Кількість нових випускників з ерготерапії
- Розподіл кадрового потенціалу за статтю, віком, географією, секторами зайнятості, суспільними секторами, пакетом ПМГ, областями практики
- Рівень освіти та спеціалізація
- Освітні потреби кадрового потенціалу ерготерапевтів та потреби в безперервному професійному розвитку.

- Опитування проводилося анонімно українською мовою. Отримані дані були оброблені з дотриманням принципів конфіденційності та етичних стандартів. Доступ до даних мали тільки члени команди, яка проводила оцінку.
- Опитування проведене у грудні 2024 року, аналіз даних здійснювався протягом квітня-травня 2025 року.

У дослідженні використовувалися методи описової статистики, що дозволили систематизувати, узагальнити та порівняти результати анкетного опитування 383 респондентів, які працюють у закладах охорони здоров'я різних регіонів України. Анкета містила як закриті, так і відкриті запитання, що забезпечило збір переважно кількісних категоріальних (номінальних і порядкових змінних) даних, а також якісних даних, а саме текстових відповідей відкритих запитань.

Загалом у межах дослідження було проаналізовано 13 основних запитань анкети, серед яких 10 мали закритий формат із фіксованими варіантами відповідей, а 3 — відкритий, що потребували проведення контент-аналізу. Додатково враховувалися підпитання, зокрема про умови надання послуг за окремими пакетами Програми медичних гарантій, що дозволило охопити близько 15 окремих показників.

Перший етап аналізу передбачав застосування описової статистики. Було розраховано абсолютні (n) та відносні (%) частоти, що дало змогу охарактеризувати розподіл респондентів за низкою демографічних, професійних та інституційних ознак: географічне розташування, форма власності ЗОЗ, стать, вік ерготерапевтів, кількість передбачених і зайнятих ставок, участь у підвищенні кваліфікації тощо.

Для відкритих запитань зокрема:

- «З якою основною нозологією працюють ерготерапевти в стаціонарних умовах?»,
- «Які нозологічні групи обслуговуються в амбулаторії?»,
- «Яку вищу освіту мають фахівці, що працюють ерготерапевтами?» —

застосовувався спрощений контент-аналіз, який дозволив виділити типові категорії відповідей з подальшим їх кількісним аналізом. Це дало змогу перевести частину якісних відповідей у статистично оброблювану форму.

Оскільки більшість змінних мали номінальну або порядкову шкалу, аналіз здійснювався з використанням непараметричних методів статистики, що не передбачають нормального розподілу. Для оцінки статистично значущих відмінностей між групами застосовувався критерій хі-квадрат (χ^2) Пірсона. Наприклад, для порівняння профілю нозологій між стаціонарними та амбулаторними умовами було отримано $\chi^2 = 156{,}87$ ($p < 0{,}001$), що вказує на значущу різницю між розподілами.

Обробка даних здійснювалась із використанням Microsoft Excel 365 для структуризації відповідей та побудови зведених таблиць, а також IBM SPSS Statistics (версія 10.0) — для виконання статистичних розрахунків.

Обґрунтування статистичної достовірності отриманих результатів

Хоча опитування було надіслане 367 закладам охорони здоров'я, частину анкет заповнили кілька представників одного закладу (наприклад, керівники різних підрозділів). Оскільки кожен із них є окремим експертом у своїй сфері відповідальності, їхні відповіді враховано окремо в загальному аналізі. Було отримано 388 відповідей. Одинадцять із 5 відповідей ЗОЗ носили ознаки технічного

дублювання, вони були ідентичні. Додаткові рядки видалені. У 15 випадках відповіді відрізнялися як за кількісними, так і за якісними показниками. Неможливість якісно усереднити відповіді та визначити достовірний варіант обумовило рішення залишити для аналізу 383 анкети.

Попри те, що з окремих ЗОЗ було отримано кілька заповнених форм (можливо, від різних керівників підрозділів), структура вибірки залишається статистично прийнятною для аналізу частот і відсоткових співвідношень, оскільки:

Кожна анкета містить незалежну інформацію про діяльність конкретного підрозділу, тобто фіксує функціональні відмінності, а не дублює загальні дані.

Загальна кількість анкет (n > 383) забезпечує достатній обсяг вибірки для виявлення закономірностей і стабільних тенденцій, навіть із врахуванням потенційного повторення на рівні закладів. Згідно зі статистичними підходами така вибірка є репрезентативною при граничній похибці до ±5% з рівнем довіри 95%.

При підрахунку частот та %, оцінок, думок або заходів усі відповіді враховувалися як незалежні. Попередній аналіз даних показав, що варіативність відповідей між представниками одного закладу є достатньо високою, тобто немає ознак системного дублювання або упередженого повторення.

Обмеження оцінки

Це дослідження має кілька важливих обмежень, які слід враховувати під час інтерпретації результатів:

1. Інформативна упередженість (information bias). Деякі респонденти могли мати активнішу професійну позицію або більшу зацікавленість у темі оцінки, що могло вплинути на їхню готовність взяти участь в опитуванні, а отже, і на зміст відповідей.
2. Похибка пам'яті (recall bias). Частина питань стосувалася попереднього досвіду або подій у минулому, що могло вплинути на точність відповідей через обмеження людської пам'яті.
3. Респонденти могли надавати socially desirable answers — відповіді, які вважаються «правильними» або «прийнятними» з професійної точки зору, що може знижувати об'єктивність наших результатів.
4. Формулювання деяких запитань могли бути інтерпретовані респондентами по-різному, що могло вплинути на якість і однорідність отриманих відповідей.
5. Оцінка була обмежена кількістю ресурсів, зокрема часом — визначений часовий період міг не відобразити сезонні або тимчасові зміни в навантаженні, доступності послуг або в потребах у навчанні.

РЕЗУЛЬТАТИ



Для аналізу даних онлайн-опитування прийнято 383 відповіді, надані 367 ЗОЗ, які законтрактовані хоча б за одним із трьох реабілітаційних пакетів у рамках ПМГ — «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» і «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах». Згідно з даними дашборду НСЗУ «Укладені договори про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій», у 2024 році послуги в межах трьох зазначених пакетів надавали 505 закладів. Отже, опитування охопило 72,7% надавачів реабілітаційних послуг.

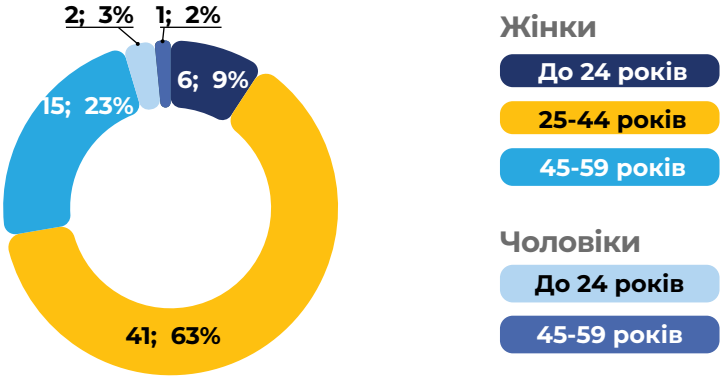
Також проаналізовано дані 71 представника професійної спільноти, що на час опитування становило 47% її членів.

ТЕМА 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ

1.1. Стать і вік

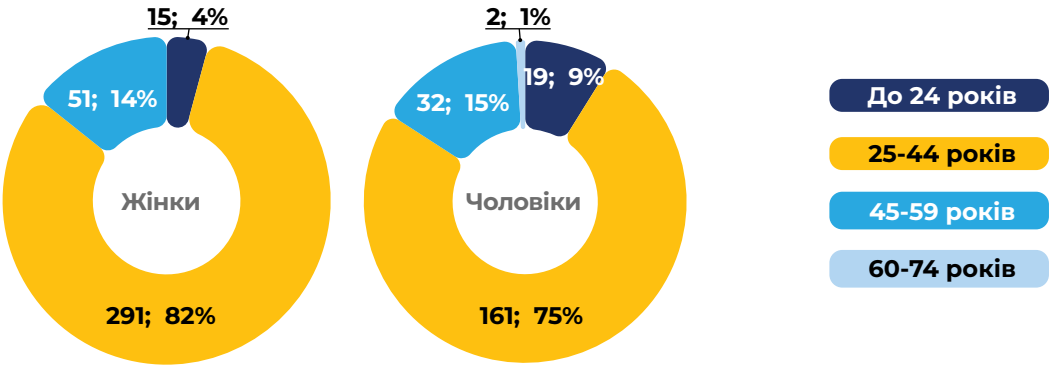
Згідно з результатами опитування як представників професійної спільноти (71 респондент), так і представників ЗОЗ (383 представники), більшістю ерготерапевтів в Україні є жінки (95,77 % — дані професійної спільноти, 71,33% — дані ЗОЗ). Вікова категорія респондентів обох груп — переважно особи віком 25-44 років.

Розподіл за віком респондентів — членів професійної спільноти поданий у діаграмі 1:



Діаграма 1. *Віковий розподіл представників — членів професійної спільноти*

Розподіл за віком представників ЗОЗ наведений у діаграмі 2.

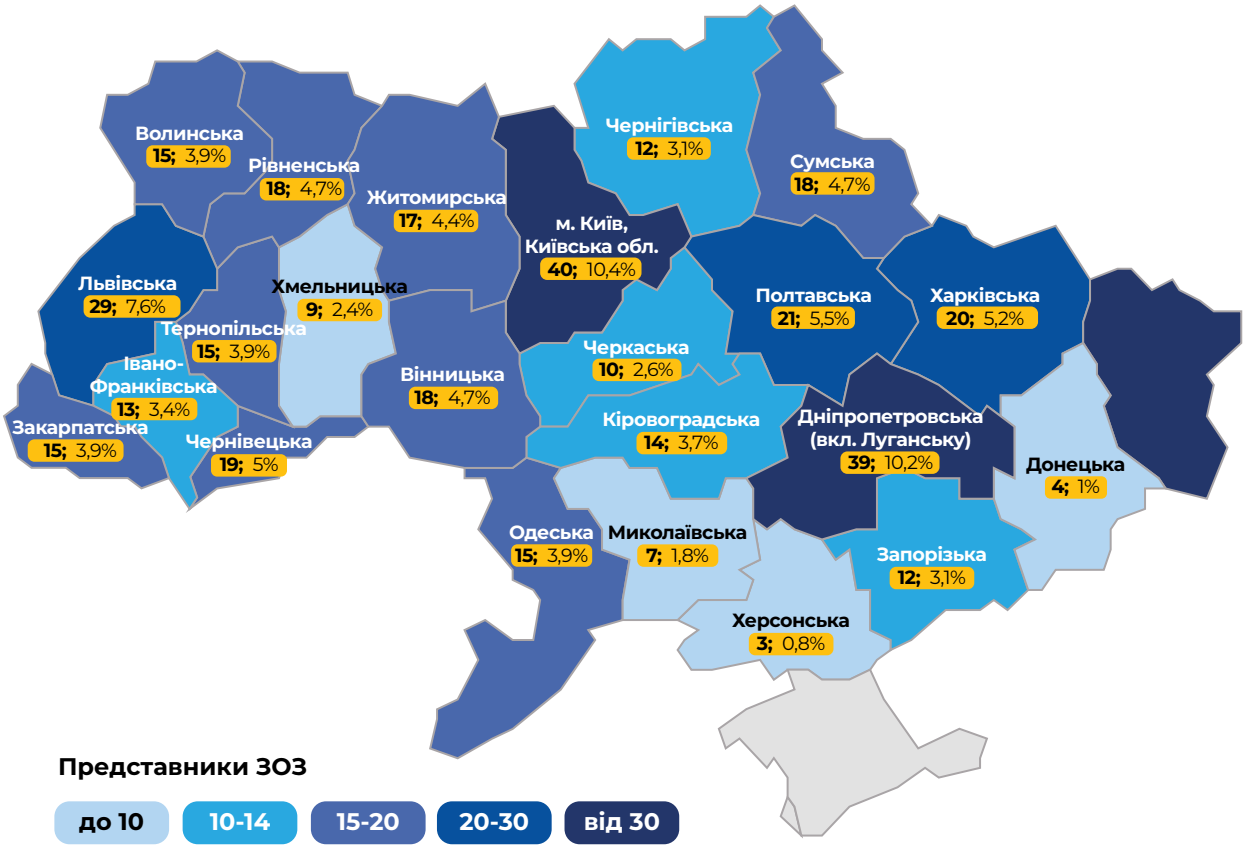


Діаграма 2. *Віковий розподіл представників ЗОЗ*

Серед опитаних 383 представників закладів охорони здоров'я 71,33 % — жінки, а серед 71 члена професійної спільноти УТЕТ відсоток жінок сягає 95,77. Це підтверджує стійку гендерну диспропорцію в професії ерготерапевта в Україні, що корелює зі світовими тенденціями.

1.2. Географічний розподіл

Найбільшу кількість представників ЗОЗ, які брали участь в опитуванні, зафіксовано в м. Київ з Київською областю та в Дніпропетровській області (з урахуванням релокованої Луганської) — разом вони становлять понад 20% загальної вибірки. Також активно представлені Львівська, Полтавська, Чернівецька та Харківська області. Натомість Херсонська, Донецька і Миколаївська області мають найменше представництво, що може бути пов'язано з напруженою ситуацією через війну або особливостями доступу до дослідження. Детальний географічний розподіл представників ЗОЗ наведений у діаграмі.



Діаграма 3. *Територіальний розподіл представників ЗОЗ*

Розподіл представників ЗОЗ за регіональною ознакою свідчить про нерівномірну участь у вибірці респондентів з областей.

Найбільше респондентів із закладів охорони здоров'я зосереджено в м. Київ із Київською областю (10,44 %) та в Дніпропетровській області (10,18 %), що разом становить понад 20 % вибірки. Також суттєво представлені Львівська (7,57 %), Полтавська (5,48 %), Чернівецька (4,96%) та Харківська (5,22%) області. Найменше — у Херсонській (0,78 %), Донецькій (1,04 %) і Миколаївській (1,83 %) областях, ймовірно, через воєнні та логістичні обмеження.

Такий нерівномірний розподіл свідчить про необхідність цільового розвитку кадрів у менш представлених регіонах.

ТЕМА 2. ОСВІТА: СПЕЦІАЛЬНІСТЬ, СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ, ПРОФЕСІЙНА КВАЛІФІКАЦІЯ, ОСВІТНЯ ПРОГРАМА

Згідно з наказом МОЗ № 385 від 28.10.2002 на посаді ерготерапевта в галузі охорони здоров'я можуть працювати особи, які здобули вищу освіту за спеціальністю «Терапія та реабілітація» («Фізична терапія, ерготерапія»), спеціалізація за дипломом «Ерготерапія». В разі здобуття вищої освіти за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» (без зазначення спеціалізації в дипломі), «Фізична реабілітація» галузі знань «Охорона здоров'я», «Фізична реабілітація» галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини», особа може працювати на посаді ерготерапевта за умови проходження спеціалізації «Ерготерапія» до 1 січня 2028 року.

Дані, запитувані в МОН, свідчать, що за час підготовки осіб на магістерському рівні вищої освіти за спеціалізацією «Ерготерапія» лише 62 особи здобули дану кваліфікацію. До прикладу, за цей же час (2020-2024 роки) кваліфікацію «фізичний терапевт» здобули 3111 осіб.

Дані, отримані на основі аналізу реєстру суб'єктів освітньої діяльності в Єдиній державній електронній базі з питань освіти, показали, що у 2024-2025 н. р. у 5 ЗВО відбувалось навчання на другому (магістерському) рівні вищої освіти за спеціальністю «Терапія та реабілітація», спеціалізацією «Ерготерапія». Кількість студентів, які навчаються на даній програмі, становить 56 осіб. Якщо припустити, що всі здобувачі успішно завершать навчання, то в 2025-2026 роках з'явиться лише 56 нових ерготерапевтів, які не зобов'язані проходити цикл спеціалізації з ерготерапії для здійснення практичної діяльності в системі охорони здоров'я після 1 січня 2028 року.

2.1. Дані про освіту представників професійної спільноти

2.1.1. Спеціальність

Проведений аналіз анкет респондентів — членів професійної спільноти дозволив встановити спеціальність, що зазначена в їхньому дипломі про вищу освіту. У діаграмі № 4 продемонстровано назви спеціальностей, зазначені у дипломах членів ПС.

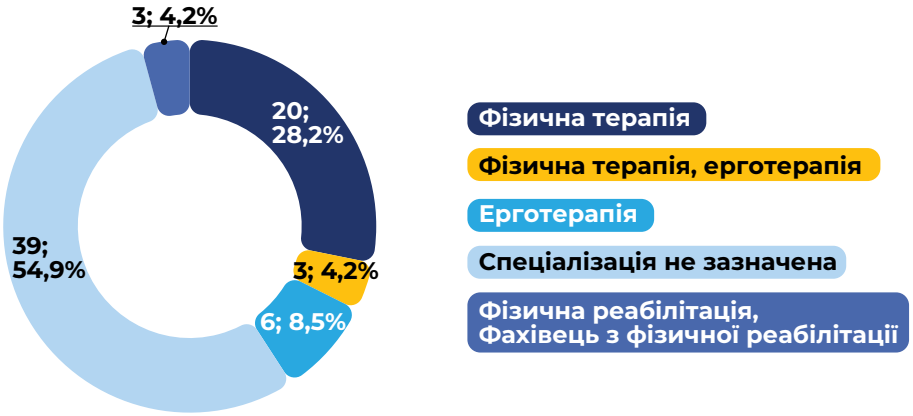


Діаграма 4. *Спеціальності членів ПС*

Окрім того, опитування професійної спільноти показало, що 68 респондентів (95,77%) отримали диплом про вищу освіту в період з 2003 по 2024 рік включно, ще 3 (4,23%) респонденти продовжують навчання за спеціальністю «Терапія та реабілітація».

2.1.2. Спеціалізація

Спеціалізація респондентів — членів професійної спільноти, зазначена у дипломі про вищу освіту чи додатку до нього, була представлена таким чином:



Діаграма 5. *Спеціалізація членів ПС*

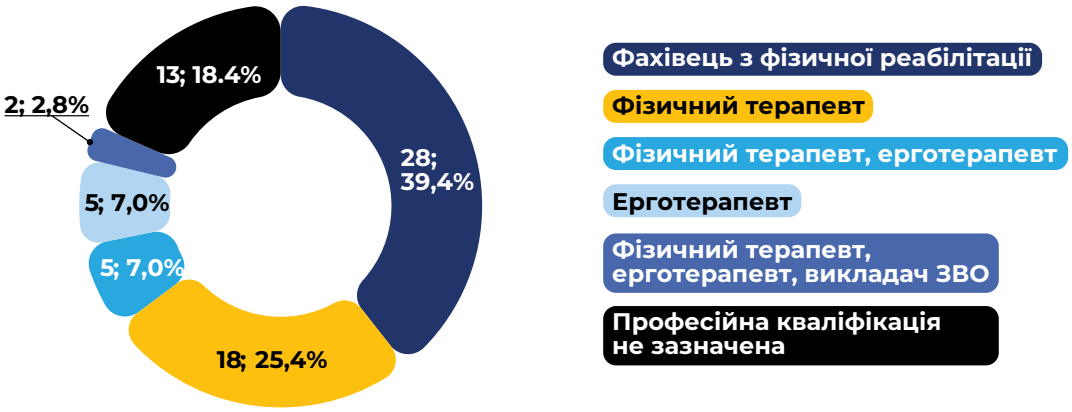
Тож на сьогодні щонайменше 39 спеціалістів із 71 (54,93%) мають можливість отримати відповідну спеціалізацію.

Відповіді респондентів — членів професійної спільноти на запитання, чи необхідне їм проходження циклу спеціалізації з ерготерапії для продовження практичної діяльності після 1 січня 2028 року, були такі: 60,56% відповіли «Так», 30,99% — «Не знаю», 8,45% — «Ні». На час проведення опитування цикл спеціалізації опанували лише 3 особи (4,23%), ще 6 осіб (8,45%) зазначили, що проходять його на даний момент. 6 осіб (8,45%) не відповіли на запитання стосовно необхідності проходження циклу спеціалізації. Таким чином, 87,32% опитаних фахівців не пройшли цикл спеціалізації на грудень 2024 року.

2.1.3. Професійна кваліфікація

Аналіз відповідей показав, що професійна кваліфікація зазначена у 56 жінок та 2 чоловіків (81,70%). 12 жінок та 1 чоловік (18,30%) не позначили наявність інформації про професійну кваліфікацію в дипломі про вищу освіту або додатку до нього.

Найбільша кількість респондентів позначили такі кваліфікації, що продемонстровано у діаграмі 6.



Діаграма 6. *Професійна кваліфікація членів ПС*

2.1.4. Освітня програма

На запитання щодо освітньої програми, зазначеної в дипломі про вищу освіту чи додатку до нього, відповідали члени професійної спільноти. 14 респондентів (19,72%) не зазначили освітні програми (ОП) у власному дипломі про вищу освіту чи додатку до нього. Між тим, інші 57 (80,28%) представили в дипломі наступні ОП, що зображено у діаграмі 7.



Діаграма 7. *Освітня програма членів ПС*

2.2. Дані про освіту представників закладів охорони здоров'я

2.2.1. Спеціалізація та професійна кваліфікація

В аналізі відповідей на запитання: «Яку вищу освіту здобули особи, які працюють ерготерапевтами в ЗОЗ? (спеціалізація, або професійна кваліфікація, або назва освітньої програми, вказана в дипломі про вищу освіту чи додатку до нього)» у межах опитування представників ЗОЗ було зібрано інформацію щодо здобуття вищої освіти фахівцями, які працюють ерготерапевтами в закладах охорони здоров'я. При цьому загальна кількість зайнятих ерготерапевтів становила 1069 осіб, а штатних посад — 1187. Повну інформацію стосовно вищої освіти було надано щодо 611 фахівців.

Таким чином, охоплення аналізу становить 57,15% від кількості зайнятих посад та 51,47% — від штатних. У відповідях були зазначені п'ять категорій освіти, які систематизовано в таблиці 1.

Таблиця 1. *Дані про освіту представників ЗОЗ*

Категорія освіти	Кількість респондентів	% від загальної кількості (n=611)
Ерготерапія / ерготерапевт	251	41,08
Фізична реабілітація / фахівець з фізичної реабілітації	175	28,64
Фізична терапія / фізичний терапевт	134	21,93
Фізична терапія, ерготерапія	39	6,38
Інші	12	1,96

Взагалі існує висока варіативність у назвах спеціальності, спеціалізації та кваліфікації, що ускладнює моніторинг та планування розвитку професійного складу.

Структура відповідей свідчить, що значна частина штатних ерготерапевтів має суміжну або комбіновану підготовку, а власне «ерготерапевтична» освіта представлена менш ніж половиною кадрів (40%).

При цьому можемо констатувати, що отримані шляхом опитування дані не відповідають інформації, наданій МОН про 62 дипломи, видані за ОП «Ерготерапія» в Україні протягом 4 років. Дані представників професійної спільноти (4%) більше співвідносяться з реальністю. Також ми не бачимо в системі ЄДЕБО студентів/випускників, які отримали дипломи за ОП без зазначення спеціалізації, але за даними неформального опитування, їх приблизно біля 30.

ТЕМА 3. ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ

Згідно з даними НСЗУ, отриманими на запит проєкту, станом на 18 грудня 2024 року в ЕСОЗ зареєстрований 1881 ерготерапевт. З цієї кількості 1609 ерготерапевтів працюють у закладах, законтрактованих за пакетами «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах», або «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя».

Найбільша кількість ерготерапевтів, зареєстрованих в ЕСОЗ, які працюють у ЗОЗ законтрактованих за реабілітаційними пакетами, перебуває в м. Києві — 171 особа, Дніпропетровській області — 156 осіб та Львівській області — 145 осіб. Найменша кількість ерготерапевтів в Херсонській області — 9 осіб, Луганській області — 15 осіб та Донецькій області — 26 осіб.

5 областей із найбільшою кількістю ерготерапевтів, які зареєстровані в ЕСОЗ і надають послуги у ЗОЗ, законтрактованих за реабілітаційними пакетами, представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. *5 областей із найбільшою кількістю ерготерапевтів, які зареєстровані в ЕСОЗ і надають послуги у ЗОЗ*

Область реєстрації ЗОЗ	Кількість ерготерапевтів	Кількість ЗОЗ, законтрактованих за хоча би одним реабілітаційним пакетом
м. Київ	171	50
Дніпропетровська	156	44
Львівська	145	39
Сумська	83	22
Харківська	77	27

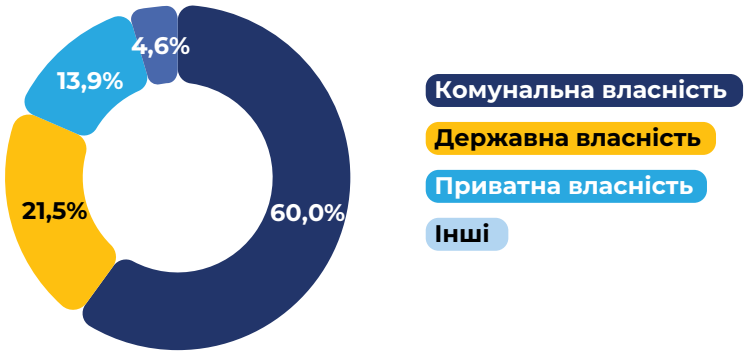
5 областей із найменшою кількістю ерготерапевтів, які зареєстровані в ЕСОЗ і надають послуги у ЗОЗ, законтрактованих за реабілітаційними пакетами, представлено в таблиці 3.

Таблиця 3. *5 областей із найменшою кількістю ерготерапевтів, які зареєстровані в ЕСОЗ і надають послуги у ЗОЗ*

Область реєстрації ЗОЗ	Кількість ерготерапевтів	Кількість ЗОЗ, законтрактованих за хоча б одним реабілітаційним пакетом
Хмельницька	32	10
Миколаївська	27	9
Донецька	26	8
Луганська	15	4
Херсонська	9	3

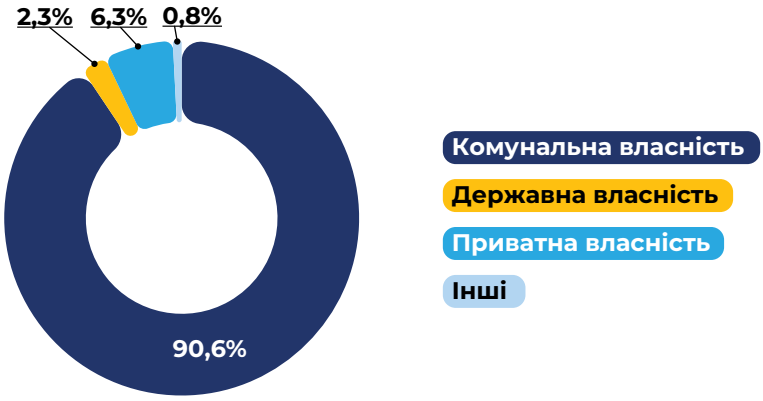
3.1. Форми власності закладів, у яких працюють опитані респонденти

Аналіз опитування членів професійної спільноти про розподіл фахівців за формою власності ЗОЗ показав дані, які зображено у діаграмі 8.



Діаграма 8. *Розподіл фахівців за формою власності ЗОЗ (дані ПС)*

Розподіл фахівців за формою власності ЗОЗ згідно з опитуванням представників ЗОЗ наведено у діаграмі 9.



Діаграма 9. *Розподіл фахівців за формою власності ЗОЗ (дані ЗОЗ)*

3.2. Нозології, з якими працюють опитані

Аналіз нозологій, з якими працюють члени професійної спільноти (65 респондентів), показав лише 4 особи (6,15%), що надають (або можуть надавати) повний спектр послуг. А саме: послуги особам з кардіо-респіраторними, неврологічними, опорно-руховими, педіатричними захворюваннями і ураженнями, а також ураженнями і травмами внаслідок бойових дій. Нозології, з якими працюють члени професійної спільноти, а також кількість фахівців, які надають послуги пацієнтам/клієнтам даних нозологічних груп, наведено в таблиці 4.

38 фахівців (58,46%) працюють з людьми з неврологічними захворюваннями та з ураженнями і травмами внаслідок бойових дій, 12 осіб (18,46%) працюють саме з пацієнтами з ураженнями та травмами внаслідок бойових дій, ще 5 фахівців (7,7%) працюють з опорно-руховими захворюваннями та ураженнями і травмами внаслідок бойових дій; 3 осіб (4,62%) працюють з педіатричними захворюваннями та ураженнями і травмами внаслідок бойових дій; 1 фахівець (1,54%) — з опорно-руховими та неврологічними ураженнями, 1 фахівець (1,54%) зазначив неврологічні захворювання, ГПМК. Отже, приходимо до висновку, що 89,23% фахівців, які працюють ерготерапевтами, а це 58 з 65, надають допомогу людям із ураженнями та травмами внаслідок бойових дій. Водночас ще 10,76% надають послуги в інших сферах, тобто 7 респондентів практикують в інших нозологіях.

Таблиця 4. *Нозології, з якими працюють ерготерапевти — члени професійної спільноти*

Нозології	К-ть фахівців
Всі (кардіо-респіраторні, неврологічні, опорно-рухові, педіатричні захворювання, ураження та травми та ураження та травми внаслідок бойових дій)	4
Кардіо-респіраторні захворювання, ураження та травми	1
Неврологічні захворювання, ураження та травми	38
Інше: Неврологічні захворювання, наслідки ГПМК	1
Інше: ортопедія, неврологія.	1
Опорно-рухові захворювання, ураження та травми	5
Педіатричні захворювання, ураження та травми	3
Ураження та травми внаслідок бойових дій	12
Не зазначено (не працюють)	6
Загальна	**65**

Розподіл представників ЗОЗ по областях показав, що найчастіше ерготерапевти в різних регіонах України працюють із пацієнтами, які мають неврологічні захворювання, ураження та травми — ця категорія лідирує в абсолютних показниках більшості областей. Значну частку також становлять опорно-рухові ураження та травми, пов'язані з бойовими діями, особливо в регіонах, які зазнали безпосереднього впливу війни.

У деяких регіонах зафіксовано поєднані типи нозологій, зокрема комбінації неврологічних та опорно-рухових уражень або ж поєднання з бойовими травмами. Хоча кардіо-респіраторні патології і опіки зустрічаються рідше, вони також зазначені в окремих випадках.

Аналіз відповідей представників ЗОЗ про надання послуг у рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» показав, що найбільшу кількість відповідей надали ті, хто працює з пацієнтами з неврологічними захворюваннями, ураженнями та травмами, — 39,43% опитаних, не враховуючи 12 респондентів, що зазначили послугу в комплексі з іншими нозологіями. Ці дані показані в таблиці 5.

Таблиця 5. *Аналіз нозологій за даними ерготерапевтів ЗОЗ (Пакет ПМГ — «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»)*

Група нозологій	Кількість респондентів	% від загальної кількості (n=383)
Неврологічні захворювання, ураження та травми	151	39,43%
Опорно-рухові захворювання, ураження та травми	31	8,09%
Ураження та травми внаслідок бойових дій	43	11,23%
Кардіо-респіраторні захворювання	1	0,26%
Реабілітація після опіків та термічних уражень	1	0,26%
Поєднані (неврологічні + опорно-рухові ураження)	8	2,09%
Поєднані (неврологічні + бойові ураження)	4	1,04%
Поєднані (опорно-рухові + бойові ураження)	2	0,52%
Поєднані (кардіо-респіраторні + інші ураження)	2	0,52%
Поєднані (3 або більше)	14	3,66%
Неточні / некласифіковані / не відповіли	11	2,87%
ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом	115	30,02%

Опитування респондентів ЗОЗ показало, що найчастіше ерготерапевти, які надають амбулаторні послуги, працюють із пацієнтами з неврологічними захворюваннями, ураженнями та травмами — ця нозологія домінує в абсолютних показниках у переважній більшості регіонів України. Особливо високі показники зафіксовано

в Київській + м. Київ, Дніпропетровській + Луганській, Львівській та Харківській областях. Дані представлені в таблиці 6.

Таблиця 6. *Аналіз нозологій за даними ерготерапевтів ЗОЗ («Пакет ПМГ — Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»)*

Категорія	Кількість респондентів	% від загальної кількості
Неврологічні захворювання, ураження та травми	157	41.0%
Опорно-рухові захворювання, ураження та травми	138	36.0%
Ураження та травми внаслідок бойових дій	14	3.7%
Кардіо-респіраторні захворювання	1	0.3%
Реабілітація після опіків та термічних уражень	1	0.3%
Поєднані (неврологічні + опорно-рухові ураження)	15	3.9%
Поєднані (неврологічні + бойові ураження)	1	0.3%
Поєднані (опорно-рухові + бойові ураження)	1	0.3%
Поєднані (кардіо-респіраторні + інші ураження)	1	0.3%
Поєднані (3 або більше)	27	7.0%
Неточні / некласифіковані / не відповіли	0	0.0%
ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом	27	7.0%

Значна частка представників ЗОЗ також вказали на опорно-рухові ураження, які стабільно фігурують серед пріоритетних у майже всіх регіонах, а також на ураження, пов'язані з бойовими діями, що є характерним для областей, наближених до зони бойових дій, або тих, що приймають велику кількість внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців.

У низці областей зафіксовано поєднані типи нозологій, передусім комбінації неврологічних та опорно-рухових уражень. У поодиноких випадках трапляються також поєднання з бойовими ураженнями та кардіо-респіраторними захворюваннями. Реабілітація після опіків згадується рідко, що може бути зумовлено вузькою спеціалізацією окремих закладів.

Регіональні відмінності у типах нозологій можуть бути зумовлені специфікою локальних потреб, наявністю спеціалізованих установ та впливом воєнних дій.

Для оцінки відмінностей у розподілі нозологічних категорій серед респондентів-ерготерапевтів, які надають послуги в стаціонарних та амбулаторних умовах, було використано тест χ^2 незалежності.

У параметрах аналізу було активовано розрахунок χ^2 Пірсона та очікуваних частот. Результати аналізу показали: $\chi^2 = 156{,}87$; (df) = 11, p-значення = $5{,}86 \times 10^{-28}$. Оскільки $p < 0{,}001$, різниця в розподілі є статистично значущою. Це вказує на те, що нозологічний профіль пацієнтів, з якими працюють ерготерапевти, істотно відрізняється залежно від умов реабілітації (стаціонарної або амбулаторної).

Згідно з розрахунками найбільше респондентів, які надають послуги в стаціонарних умовах, працюють із пацієнтами з неврологічними захворюваннями (39,4%) та з ураженнями, пов'язаними з бойовими діями (11,2%). В амбулаторних умовах також домінують неврологічні нозології (41%), однак частка послуг, пов'язаних з опорно-руховими порушеннями і травмами, є значно вищою порівняно зі стаціонаром (36% проти 8,1%). Також в амбулаторних умовах частіше зустрічається поєднання кількох нозологій — у 7% випадків проти 3,7% у стаціонарі.

3.3. Пакети медичних гарантій, у рамках яких надаються ерготерапевтичні послуги

Із відповідей ерготерапевтів ЗОЗ стало відомо, що протягом 2024 року ерготерапевтичні послуги надавалися за одним, двома або трьома пакетами програми медичних гарантій: найчастіше — за двома (51,69%), рідше за одним (31,33%) та ще рідше — за трьома пакетами (16,97%). Ці дані висвітлені у таблиці 7.

Таблиця 7. *Надані послуги ерготерапевтів ЗОЗ у 2024 відповідно до пакетів ПМГ*

Чи надавали ви ерготерапевтичні послуги протягом 2024 року за пакетом	Так 1 пакет	Так 2 пакети	Так 3 пакети
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах у рамках програми медичних гарантій?	29 (7,57%)	165 (43,08%) Пакет 1,2	65 (16,97%)
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах у рамках програми медичних гарантій?	86 (22,45%)		
Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя	5 (1,3%)	33 (8,62%) Пакет 2,3	
Разом	**120 (31,33%)**	**198 (51,69%)**	**65 (16,97%)**

На запитання «Чи надають ерготерапевти послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах?» 111 представників ЗОЗ зазначили, що їхній заклад охорони здоров'я не має контракту за цим пакетом, ще 11 повідомили, що послуги не надаються взагалі. Отже, 261 представник ЗОЗ (68,14%) вказав, що ерготерапевтичні послуги за цим пакетом надаються в їхньому ЗОЗ. Розподіл послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» відображений у діаграмі 10.



Діаграма 10. *Розподіл послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»*

На запитання «Чи надають ерготерапевти послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах?» із 383 закладів охорони здоров'я 26 зазначили, що їхній ЗОЗ не має контракту за цим пакетом, ще 5 повідомили, що послуги не надаються. Отже, 352 представники ЗОЗ (91,9%) вказали, що ерготерапевтичні послуги за цим пакетом надаються в їхньому ЗОЗ. Розподіл послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах» відображений у діаграмі 11.



Діаграма 11. *Розподіл послуги в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»*

На запитання «Чи надають ерготерапевти послуги в рамках пакету «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя?» 258 представників ЗОЗ вказали, що їхній заклад охорони здоров'я не має контракту за цим пакетом, ще 28 зазначили, що послуги не надаються. Отже, 97 представників ЗОЗ (25,3%) повідомили, що в їхньому ЗОЗ надаються відповідні ерготерапевтичні послуги. Розподіл послуги в рамках пакету «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» поданий у діаграмі 12.



Діаграма 12. *Розподіл послуги в рамках пакету «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя»*

Під час аналізу відповідей на запитання, чи надають ерготерапевти послуги в рамках інших пакетів програми медичних гарантій, було виявлено, що з 383 представників ЗОЗ129 (33,7%) зазначили, що вони надають послуги в рамках інших пакетів Програми медичних гарантій (Таблиця 21). Найбільша кількість таких фахівців зафіксована в Київській + м. Київ (23 відповіді «Так»), Дніпропетровській + Луганській (20), Львівській (13), Полтавській (11) та Харківській (10) областях. У деяких регіонах частка таких відповідей перевищує 50% від загальної кількості анкетованих.

Такий розподіл може бути пов'язаний із доступністю послуг, рівнем організації міждисциплінарної співпраці, а також із наявністю законтрактованих закладів за різними пакетами медичних гарантій.

55 закладів охорони здоров'я вказали, що ерготерапевти їхнього закладу надають послуги в рамках пакету «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», що може свідчити про високу потребу в забезпеченні послуг ерготерапевта в гострому періоді. Це означає, що є певна мультифункціональність ролі ерготерапевта та потенціал для інтеграції у ширший спектр реабілітаційних напрямів. Натомість переважна більшість — близько 64% — працює виключно в межах основного реабілітаційного пакета, що вказує на чітке розмежування професійних обов'язків або на обмежену можливість інтеграції до інших напрямів реабілітаційної допомоги.

Респонденти — члени професійної спільноти зазначили, що 83% осіб надають послуги за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах у рамках програми медичних гарантій», за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах у рамках програми медичних гарантій» — 70%, а за пакетом «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя в рамках програми медичних гарантій» — 13%. 61% респондентів надають послуги в рамках двох пакетів, 12% опитаних надають послуги за всіма трьома реабілітаційними пакетами (Таблиця 8).

Таблиця 8. *Пакети, за якими представники професійної спільноти надають послуги*

Чи надавали ви ерготерапевтичні послуги протягом 2024 року за пакетом	Так 1 пакет	Так 2 пакети	Так 3 пакети
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах?	54 (83%)	40 (61%)	8(12%)
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах?	46 (70%)		
Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя	9 (13%)		

Відповіді респондентів про умови, в яких вони надають послуги, показали, що 27 фахівців (41,53%) працюють у стаціонарних умовах; 9 (13,84%) — тільки в амбулаторних; ще 27 фахівців (41,53%) працюють у стаціонарних та амбулаторних умовах; 1 (1,55%) працює в стаціонарних, амбулаторних, дитбудинку та ще 1 (1,55%) — лише в дитбудинку (Таблиця 9).

Таблиця 9. *Умови надання послуг фахівцями професійної спільноти*

Умови надання послуг	Кількість фахівців
В амбулаторних умовах	9
В стаціонарних умовах	27
В стаціонарних умовах; в амбулаторних умовах	27
В стаціонарних умовах; в амбулаторних умовах; дитбудинок	1
Дитбудинок	1
Підсумок	**65**

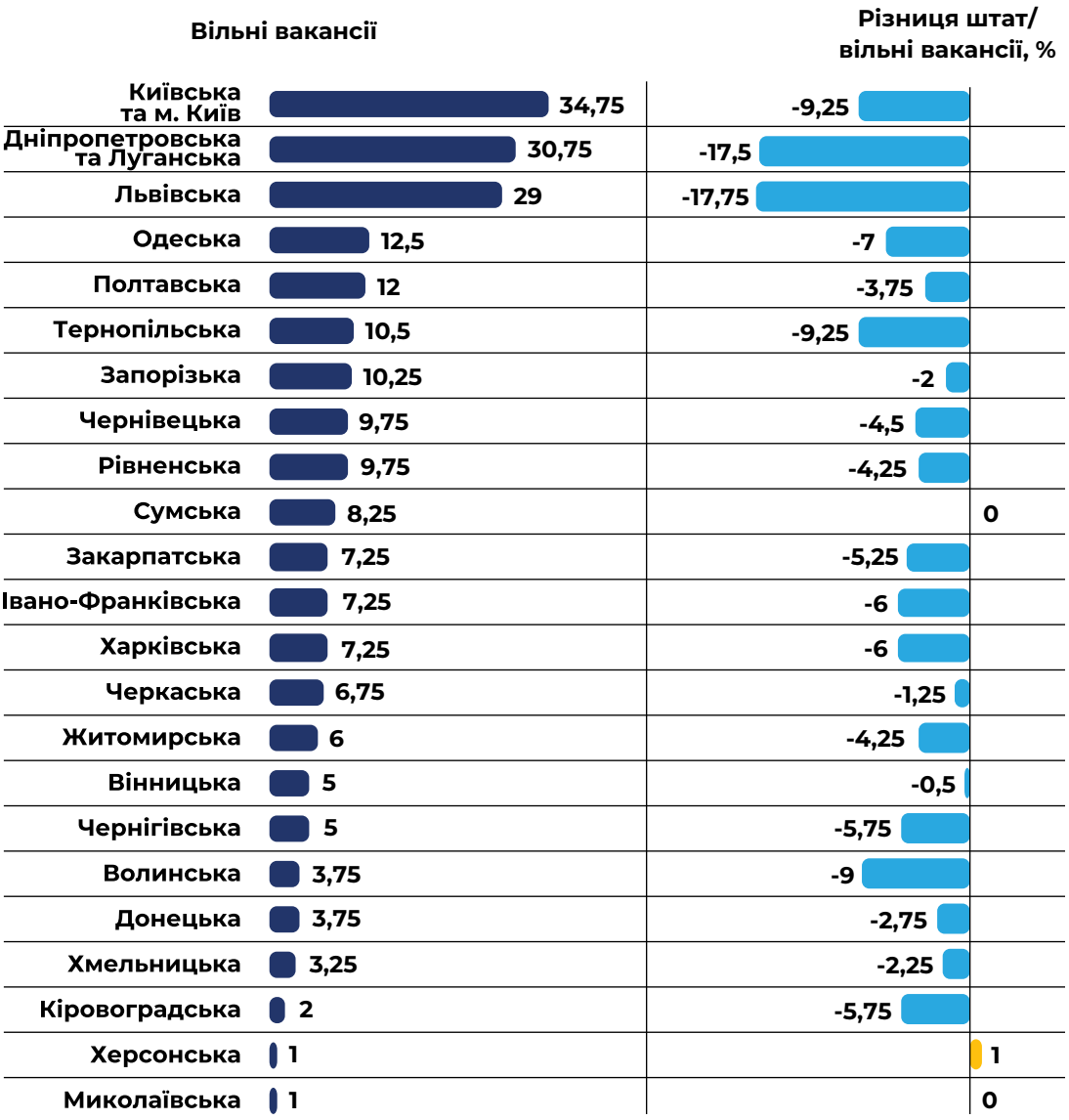
3.4. Кількість ставок, вакансій, штатних посад у закладах, де працюють ерготерапевти

Згідно з відповідями представників ЗОЗ, які брали участь в опитуванні, разом передбачено 1290,75 ставок ерготерапевта. Зазначену кількість ставок у штаті займає 1187 людина.

Серед них 1064 ставок зазначено зайнятими. Відповідно, 226,75 ставок (17,56% від кількості наявних) не зайнято фахівцями.

Відповідно до розподілу по областях, найбільша кількість вакансій наявна у ЗОЗ Київської, Дніпропетровської та Львівської областей. За значно меншої кількості ЗОЗ, які надають послуги за пакетами НСЗУ, та відповідно меншої кількості ставок ерготерапевтів, менше вакансій є в Одеській, Полтавській, Тернопільській, Запорізькій, Чернівецькій та Рівненській областях.

На основі цих даних сформовано рейтинг за кількістю вакансій по областях України, поданий у діаграмі 13.



Діаграма 13. *Рейтинг за кількістю вакансій ерготерапевта по областях України*

3.5. Професійна діяльність у ЗВО (лише представники професійної спільноти)

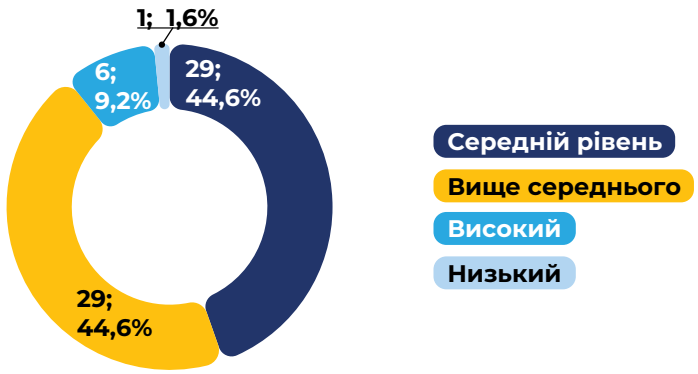
На час опитування представників професійної спільноти викладачами ерготерапевтичних дисциплін у закладі вищої освіти працювало 13 осіб із 71 респондента(18,30%). ЗВО розташовані в: Волинській обл. (м. Луцьк) — 1 особа, Запорізькій обл. (м. Запоріжжя) — 2 особи, Івано-Франківська обл. (м. Івано-Франківськ) — 2 особи, Львівській (м. Львів) — 3 особи, м. Києві — 3 особи, Полтавській (м. Полтава) — 1 особа та Хмельницькій обл. (м. Хмельницький) — 1 особа. Супервізором клінічної практики для студентів ерготерапії були 15 фахівців із 71 респондента — учасника анкетування, тобто 21,12%

Таким чином, професійна діяльність ерготерапевтів в Україні зосереджена переважно в комунальних некомерційних підприємствах, де більшість фахівців поєднує стаціонарну та амбулаторну практику й обслуговує насамперед два пакети ПМГ з акцентом на неврологічну та бойову травматологію. Проте суттєві регіональні диспропорції в кількості вакансій та вкрай низька присутність ерготерапевтів у закладах освіти свідчать про нагальну потребу в урядових та академічних ініціативах для збалансованого кадрового розподілу й посиленої підготовки фахівців.

ТЕМА 4. САМООЦІНКА КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ТА ОСВІТНІХ ПОТРЕБ

4.1. Самооцінка компетентностей

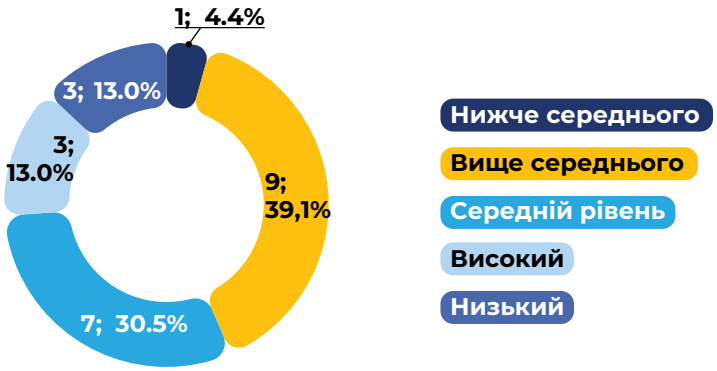
У питанні самооцінки компетентностей представники професійної спільноти повинні були оцінити свої компетентності від одного до п'яти балів. З цими даними можна ознайомитися у діаграмі 14.



Діаграма 14. *Самооцінка компетентностей*

Троє з 23 представників професійної спільноти, які працюють та співпрацюють із ЗВО, вказали на повне задоволення своєю компетентністю у викладанні ерготерапевтичних дисциплін, ще троє з 23-х вважають, що їм бракує компетентності у викладанні ерготерапевтичних дисциплін і не вистачає набутих знань, умінь та навичок для викладання ЕД в ЗВО.

9 осіб оцінюють свою компетентність викладання ЕД у ЗВО як вищу від середньої, ще 7 ставлять своїй компетентності середню оцінку. 1 особа не задоволена набутою компетентністю з викладання ЕД, оцінивши свій рівень нижчим за середній. Ці дані продемонстровані у діаграмі 15.



Діаграма 15. *Компетентність викладання ЕД у ЗВО*

В цілому з 23 фахівців 19 осіб (82,60%) були задоволені рівнем своєї компетентності у викладанні ЕД.

4.2. Участь у заходах підвищення кваліфікації

Аналіз відповідей представників професійної спільноти щодо частоти участі у заходах підвищення кваліфікації засвідчив такі дані, які зазначені у діаграмі 16.

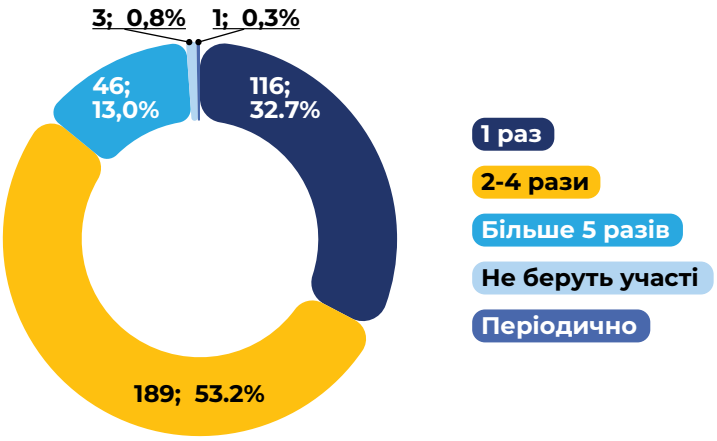


Діаграма 16. *Частота участі у заходах*

Згідно з аналізом відповідей на запитання про кількість годин на місяць, які вони готові приділяти підвищенню кваліфікації, більшість респондентів — членів професійної спільноти (62%) зазначила, що готові приділяти цій справі не більше 10 годин на місяць. Це вказує на те, що освітні програми або заходи, які вимагають більшої кількості часу, можуть бути менш популярними. Водночас майже 38% респондентів готові інвестувати понад 10 годин на місяць для підвищення кваліфікації, що свідчить про значну частину професіоналів, зацікавлених у тривалішому навчанні і готових поєднувати його з основною роботою та іншими обов'язками.

На запитання «Чи проходять ерготерапевти, які працюють в ЗОЗ, підвищення кваліфікації (стажування, тренінги, семінари та ін.)?» 355 представників ЗОЗ надали відповідь «Так», тож 92,67% фахівців ЗОЗ підвищують кваліфікацію. У деяких областях: Волинська, Донецька, Івано-Франківська, Луганська (закріплена за Дніпропетровською), Миколаївська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська — ерготерапевти постійно проходять підвищення кваліфікації (100%). З іншого боку, є поодинокі ЗОЗ в певних областях України, де ерготерапевти не підвищують кваліфікацію.

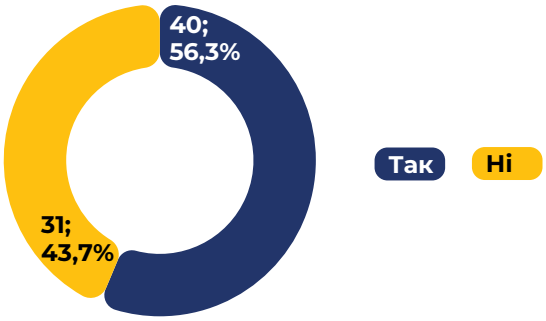
На запитання «Як часто протягом року ерготерапевти беруть участь у заходах підвищення кваліфікації?» відповіді 383 представників ЗОЗ розподілились наступним чином: 189 ЗОЗ (53,23%) проходять підвищення кваліфікації від 2 до 4 разів на рік; ерготерапевти 116 ЗОЗ (32,67%) проходять підвищення кваліфікації 1 раз на рік; ерготерапевти 46 ЗОЗ (12,95%) проходять підвищення кваліфікації 5 і більше разів на рік; не беруть участь протягом року або беруть періодично 4 ЗОЗ (1,1%). Інформацію про частоту участі ерготерапевтів ЗОЗ у підвищенні кваліфікації надано в діаграмі 17.



Діаграма 17. *Частота участі ерготерапевтів ЗОЗ у заходах підвищення кваліфікації протягом року*

4.3. Засоби мотивації до підвищення кваліфікації, які роботодавці можуть використовувати

На запитання «Чи мотивує роботодавець ерготерапевтів — представників професійної спільноти до підвищення кваліфікації?» було отримано відповіді, які продемонстровано у діаграмі 18.



Діаграма 18. *Чи мотивує роботодавець до підвищення кваліфікації (ПС)*

Тож у більшості роботодавці намагаються підтримувати мотивацію фахівців до підвищення кваліфікації.

Згідно з опитуванням роботодавці найчастіше обирають оформлення відряджень як засіб для підвищення мотивації участі в заходах підвищення кваліфікації. Набагато рідше вони схильні оплачувати участь у таких заходах, і лише 3 осіб із 40 зазначили, що роботодавець може додатково преміювати їх за участь у заходах підвищення кваліфікації. Частина учасників, а саме 9 осіб, зазначили, що роботодавці поєднують різні засоби мотивування: 22,5% використовують два засоби мотивації, 7,5% поєднують три засоби мотивації.

Щодо уточнювального запитання «Чи сприятиме роботодавець участі в циклі спеціалізації з ерготерапії?», на яке відповідали 22 особи з 65 представників професійної спільноти, було зазначено,, що роботодавець сприяє або сприятиме їх участі у даній програмі.

Відповіді на запитання: «Чи мотивує ЗОЗ ерготерапевтів до підвищення кваліфікації?» показали такі дані (Діаграма 19).



Діаграма 19. *Чи мотивує роботодавець до підвищення кваліфікації (ЗОЗ)*

Аналіз запитання «Яким чином ЗОЗ мотивує ерготерапевтів до підвищення кваліфікації?» дозволив визначати рейтинг основних форм та засобів мотивації ерготерапевтів ЗОЗ до підвищення кваліфікації. Ці дані наведено у діаграмі 20.



Діаграма 20. *Спосіб мотивації*

4.4. Знання і практичні навички, які використовують ерготерапевти у своїй практичній діяльності.

Згідно з відповідями на запитання щодо використання в роботі наступних складових — вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації, рекомендації щодо користування автомобілем, рекомендації щодо модифікації середовища, рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання — представники професійної спільноти зазначили, що найчастіше використовують «Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації» і «Рекомендації щодо модифікації середовища», після чого звертаються до «Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання» та в останню чергу — до «Рекомендації щодо користування автомобілем». Дана інформація продемонстрована у таблиці 10.

Таблиця 10. *Використання представниками професійної спільноти в роботі даних складових*

Складові в роботі ерготерапевта	Місце				Бал, сума	Рейтинг
	1	2	3	4		
Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації	18	41	4		63	1
Рекомендації щодо користування автомобілем	2		3	5	10	4
Рекомендації щодо модифікації середовища	46	4	3	1	54	2
Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання	5	18	24		47	3
Разом	**71**					

Під час аналізу відповідей представників професійної спільноти щодо знань ерготерапевтичного процесу, яких їм бракує, було запропоновано обрати варіанти, які входять до кваліфікаційних характеристик, зазначених у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я (78 випуск). А саме: «Постійно веде встановлену профільну оцінювальну та звітну документацію з ерготерапії», «Здійснює заходи щодо набуття людьми з обмеженнями повсякденного функціонування максимального рівня функціонування та самостійності в усіх аспектах життя через терапевтичне використання заняттєвої активності...», «Виконує оцінювання, обстеження та втручання із застосуванням вузькопрофільних методик, проводить клінічну оцінку нових методів та теорій ерготерапії», «Здійснює скринінг, обстеження, оцінювання та тестування...», «Здійснює заходи щодо розширення і покращення заняттєвої участі пацієнта в усіх сферах...», «Надає рекомендації щодо влаштування доступного, безпечного і ергономічного функціонального середовища вдома, на роботі...», «Визначає реабілітаційні цілі з урахуванням думки пацієнта...», «Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами...». Більш детально ці дані продемонстровані у таблиці 11.

Вибір фахівцями потреби в знаннях, що виникають під час ерготерапевтичного процесу, показав важливість усіх наданих варіантів. Але якщо визначатися з першою трійкою, то це «Вибір і застосування відповідних інструментів скринінгу та оцінювання» (59%), «Планування, прогнозування та встановлення цілей ерготерапії» (56%); «Вибір і застосування відповідних втручань» (54%).

Таблиця 11. *Брак знань у застосуванні складових ерготерапевтичного процесу представниками професійної спільноти*

Варіанти знань	К-ть вибору	%	Місце у рейтингу
Ведення документації;	28	41,17	4
Вибір і застосування відповідних втручань;	37	54,41	3
Вибір і застосування відповідних інструментів скринінгу та оцінювання;	40	58,82	1
Основи ерготерапії, включаючи заняттєву науку, моделі та рамки практики ерготерапії та ін.;	25	36,76	5
Підготовка до виписки та формування рекомендацій;	22	32,35	6
Планування, прогнозування та встановлення цілей ерготерапія;	38	55,88	2
Співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.	17	25,00	7

Для аналізу потреб у поліпшенні практичних навичок ерготерапевтичного процесу було запропоновано варіанти відповідей, які базуються на практичних навичках, вказаних у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я (78 випуск), а саме: «Здійснює заходи щодо набуття людьми з обмеженнями повсякденного функціонування максимального рівня функціонування та самостійності в усіх аспектах життя через терапевтичне використання заняттєвої активності...», «Здійснює скринінг, обстеження, оцінювання та тестування...», «Визначає реабілітаційні цілі з урахуванням думки пацієнта...», «Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами...»

Ерготерапевти вказали на такий брак практичних навичок ерготерапевтичного процесу: в першу чергу — проблема з володінням навичкою «Застосування інструментів скринінгу та оцінювання», це відмітили 47 з 70 респондентів (67,14%). В другу чергу — брак практичних навичок з боку «застосування втручань» — 44 з 70 респондентів (67,14%). На третьому місці навичка «Прогнозування, встановлення цілей та вибір втручань», на що вказали 39 з 70 респондентів (55,71%). І на четвертому місці ерготерапевти зазначили брак практичної навички «Співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди» 15 з 70 (21,42%). 1 фахівець не надав відповіді на це запитання. Незважаючи на те, що лише кожний четвертий потребує навичок роботи в команді, це може вказувати на потребу розвитку певних комунікативних, інтерактивних компетентностей у ерготерапевтів. Більш детально з потребами в поліпшенні навичок ерготерапевтичного процесу можна ознайомитись у таблиці 12.

Таблиця 12. *Потреби у поліпшенні практичних навичок ерготерапевтичного процесу, зазначені представниками професійної спільноти*

Практичні навички	Місце				Бал, сума	Рейтинг
	1	2	3	4		
Застосування втручань	14	12	18		44	2
Застосування інструментів скринінгу та оцінювання	37	5	5		47	1
Прогнозування, встановлення цілей та вибір втручань	13	24	2		39	3
Співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди	6	2	-	7	15	4
Підсумок	**71**					

На запитання «Чи хотіли б ви поліпшити навички і знання у певних складових?» отримано варіанти відповідей, сформованих на основі кваліфікаційних характеристик, що зазначені в Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я (78 випуск). А саме: «На основі результатів реабілітаційного ерготерапевтичного обстеження рекомендує адаптивне обладнання і асистивні технології...», «Здійснює заходи щодо розширення і покращення заняттєвої участі пацієнта в усіх сферах: активності повсякденного життя (...), інструментальній активності повсякденного життя (догляд за іншими особами, приготування їжі, здійснення покупок, менеджмент фінансів, прибирання, мобільність у громаді, керування авто або користування громадським транспортом тощо), професійній діяльності...», «Надає рекомендації щодо влаштування доступного, безпечного і ергономічного функціонального середовища вдома, на роботі...» Аналіз отриманих відповідей респондентів показав, що більшість ерготерапевтів в першу чергу потребують покращення знань складової «Рекомендації щодо модифікації середовища» (71,43%), трохи менше — актуально, але не менш важливо «Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації» (65,71%). Після перших двох важливих складових вони прагнуть отримати знання та навички порівну — як «Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання» (58,57%), так і «Рекомендації щодо користування автомобілем» (58,57%). Детальнішу інформацію надано в таблиці 13.

Таблиця 13. *Знання і навички ерготерапевтів у наступних складових*

Складові в роботі ерготерапевта	Місце				Бал, сума	Рейтинг	%
	1	2	3	4			
Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації	12	26	7	1	46	2	65,71
Рекомендації щодо користування автомобілем	14	9	4	14	41	3-4	58,57
Рекомендації щодо модифікації середовища	37	9	2	2	50	1	71,43
Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання»	7	14	20	2	41	3-4	58,57
Підсумок	**71**						

Відповідь на запитання «Зазначте інші сфери, в яких ви потребуєте підвищення кваліфікації» надали 22 фахівці з 71 (31 %), тобто приблизно кожний 3 респондент висловив бажання підвищити кваліфікацію в таких сферах: виготовлення та налаштування засобів реабілітації (5 осіб), клінічні напрямки (4 осіб), навички та методики (4 осіб), супутні сфери (5 осіб). Ця інформація продемонстрована у таблиці 14.

Таблиця 14. *Відповіді представників професійної спільноти щодо сфер, в яких є потреба у підвищенні кваліфікації*

Сфери підвищення кваліфікації	К-ть респондентів
Виготовлення допоміжних засобів (ортези, інші пристосування)	1
Виготовлення ортезів з неопрену	1
Додаткове навчання, яке потребує застосування сертифікованих діагностичних та корекційних методик	1
Ерготерапія в неврології Ерготерапія при мінно-вибуховій травмі та ампутаціях	1
Креативні навички в ерготерапії	1
Ментальне здоров'я	1
Налаштування крісел колісних	1
Нейропсихологія	1
Ортезування, навчання користування кріслом колісним, робота з незрячими	1
Ортезування, підбір і користування кріслом колісним, реабілітація людей з втраченим зором.	1
Ортопедія	1

Сфери підвищення кваліфікації	К-ть респондентів
Педіатрія, механотерапія	1
Психологія	1
Реабілітація в гострий період інсульту	1
Робота МДРК при дисфагії і роль ерготерапевта у ній.	1
Сенсорний аналіз. Харчування недоношених. Робота з інтелектуальними порушеннями. Підбір, виготовлення асистивних технологій	1
Терапія мови та мовлення	1
Фізична терапія	3
Фізичний терапевт	1
Я вважаю , що має бути доступно не за такий термін і не за таку плату.	1
Загалом	**22**

У межах опитування серед 383 ерготерапевтів закладів охорони здоров'я 180 респондентів вказали на потребу підвищення кваліфікації. На основі їх відповідей було сформовано перелік із 28 тем, які, на думку фахівців, потребують поглиблення знань і вдосконалення практичних навичок. З них було відібрано 10 тем, які найчастіше згадувались представниками ЗОЗ, і представлено у формі рейтингової таблиці 15.

Таблиця 15. *Десять тем, які представники ЗОЗ вважають найпотрібнішими для підвищення кваліфікації*

Місце в рейтингу	Теми	Кількість ЗОЗ, які обрали тему
1	Ерготерапія в неврології (ураження центральної та периферичної нервової системи)	53
2	Ерготерапія в педіатрії	34
3	Ерготерапія при порушеннях опорно-рухового апарату (травми, захворювання ОРА)	33
4	Складові діяльності ерготерапевта	31
5	Ерготерапія при бойових травмах	29
6	Ерготерапія при ампутаціях (верхньої кінцівки і множинні) та протезування верхньої кінцівки	27
7	Втручання для верхньої кінцівки	14
8	Асистивні технології (забезпечення допоміжними засобами реабілітації, зокрема кріслами колісними)	13
9	Спеціалізація з ерготерапії	9
10	Ортезування верхньої кінцівки; Ерготерапія при порушеннях когнітивних функцій	8

Ці теми суттєво випереджають інші за кількістю згадувань, що свідчить про їхню пріоритетність для практичної діяльності ерготерапевтів у ЗОЗ. Крім того, можливо, про певну невпевненість щодо обізнаності і компетентності у даних темах, що, ймовірно, також зумовлене великою кількістю складних клінічних випадків, які вимагають глибоких знань з даної теми. Це також підтверджує розподіл послуг за спрямованістю по нозологіях.

Представники УТЕТ переважно оцінюють власні компетентності як середні (44,6 % з рейтингом 3) або трохи вищі за середній рівень (44,6 % з рейтингом 4); водночас лише 9,2 % ставлять собі максимальну оцінку і 1,5 % — мінімальну, що свідчить про розуміння необхідності подальшого професійного зростання. Щодо практичних навичок, 58,8 % вважають найсильнішою свою здатність обирати й застосовувати інструменти скринінгу та оцінювання, 55,9 % — уміння прогнозувати і встановлювати цілі, 54,4 % — застосовувати втручання. Натомість понад дві третини фахівців вказали на потребу поліпшити навички скринінгу (67,1%) та втручань (62,9%).

У ЗОЗ 92,7 % ерготерапевтів регулярно підвищують кваліфікацію (від 1 до більше 5 разів на рік), причому 86,4 % закладів мотивують їхню участь, найчастіше оформлюючи відрядження (55,6 %), оплачуючи курси (19,3 %) або преміюючи (19 %). Таким чином, представники професійної спільноти визнають високий рівень залученості у безперервний розвиток, проте наголошують на потребі поглибленого опанування ключових клінічних навичок.
Серед представників ЗОЗ тільки 46,4% респондентів зазначили необхідність підвищення кваліфікації. Аналіз тем показує, що запити від ЗОЗ значною мірою стосуються нозологій (інсульт, ампутації, травми війни, педіатрія тощо) — сукупно близько 120 згадок від 180 представників ЗОЗ. Результати даного опитування дозволили визначити ключові теми для розробки цільових програм підвищення кваліфікації ерготерапевтів у ЗОЗ. Найбільшу потребу фахівці вбачають у поглибленні знань у сферах неврології, педіатрії та опорно-рухової реабілітації. Це варто враховувати при формуванні заходів підвищення кваліфікації.

Така диспропорція свідчить про те, що в працівників ЗОЗ переважає фокус на захворюваннях і травмах, а не на базових процесах ерготерапевтичного втручання — ймовірно через відсутність профільної освіти та недостатню обізнаність у ключових методах і підходах ерготерапії. Це підкреслює потребу у цілеспрямованому підвищенні кваліфікації з основ практичної діяльності: аналізу занять, модифікації середовища та роботі з допоміжними засобами.

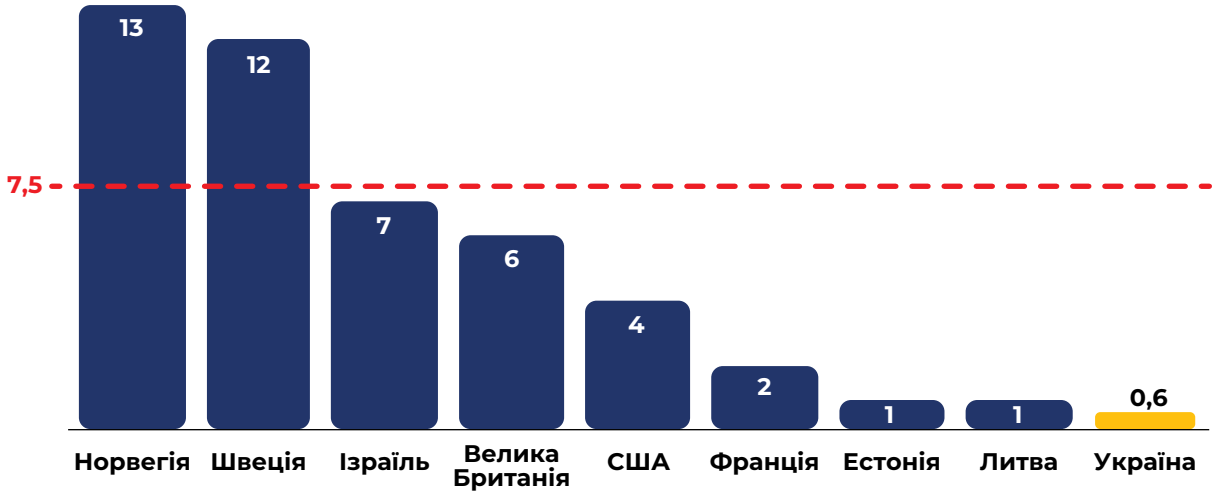
Попри те, що 86,4 % установ застосовують певні мотиваційні заходи для ерготерапевтів, у вибірці ЗОЗ з-поміж понад 300 тематичних запитів лише 1 раз згадано «Проходження курсів спеціалізації» (≈0,3 % усіх тем). Це свідчить про те, що ЗОЗ зосереджені насамперед на наданні послуг за пакетами, а не на прагненнях до професійного зростання, що, ймовірно, пов'язано з відсутністю у багатьох ерготерапевтів профільної освіти та низькою обізнаністю щодо ключових освітніх можливостей.

ТЕМА 5. ПОТРЕБА УКРАЇНИ У ЕРГОТЕРАПЕВТАХ ТА СПРОМОЖНІСТЬ ЗВО У ЇХ ПІДГОТОВЦІ

Єдиного стандарту відповідності чисельності ерготерапевтів до кількості населення не встановлено. Проте, Всесвітня федерація ерготерапевтів (WFOT) пропонує орієнтовний мінімальний показник – близько 750 ерготерапевтів на 1 мільйон населення (еквівалентно 7,5 ерготерапевта на 10 тис. населення)[10]. За оцінками WFOT, такий рівень є необхідним мінімумом для задоволення потреб у реабілітації. Для порівняння, у багатьох країнах фактична забезпеченість значно нижча за цей поріг – навіть у деяких державах із високим рівнем доходів показники не дотягують до рекомендованих.

Дані щодо кількості ерготерапевтів на 10 тис. населення серед країн, які мають як високорозвинені послуги ерготерапії, так і ті, які лише нещодавно почали розвиток наведені у діаграмі[11]:

[10] Background paper prepared by WHO for the meeting on Rehabilitation 2030: A Call for Action, WHO, 2017 https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/need-to-scale-up-rehab-july2018.pdf?sfvrsn=f627c34c_5#:~:text=To%20cover%20the%20needs%20of,population%20are%20needed%20Source%3A%20WFOT
[11] Human Resources Project, WFOT, 2024 https://hr-project.wfot.org/#global-occupational-therapists-chart



Діаграма 21. *Кількість ерготерапевтів на 10 тис. населення у визначених країнах*

Діаграма ілюструє значні відмінності у чисельності ерготерапевтів серед різних країн. Норвегія та Швеція перевищують мінімальний показник кількості ерготерапевтів на 10 тис. населення. США, Канада та Великобританія, які мають більш як сторічну історію розвитку професії не досягають мінімального рекомендованого рівня. Країни Східної Європи, у яких ерготерапія розвивається в середньому останні 20 років, мають значно нижчий рівень за мінімально рекомендований. Україна, з показником 0,62 ерготерапевта на 10 тис. населення (за кількість населення використовувався показник орієнтовно у 30 млн. осіб), суттєво відстає від рекомендованого рівня, що вказує на серйозну нестачу кадрів у сфері реабілітації. Для відповідності мінімальному орієнтовному показнику WFOT, Україні необхідно приблизно 22 500 ерготерапевтів. Проте, WFOT також зазначає, що середній показник кількості ерготерапевтів на 10 тис. населення серед країн-членів федерації (96 національних організацій) становить 2 особи[12].

Слід зазначити, що в більшості із представлених країн ерготерапевти працюють не лише в системі охорони здоров'я, але також у сфері соціального захисту, освіти, зайнятості, пенітенціарній системі та у громадах. Натомість в Україні надання ерготерапевтичних послуг як і зазначена кількість ерготерапевтів зосереджене в межах системи охорони здоров'я.

Спроможність національних ЗВО у підготовці ерготерапевтів

Мінімальними стандартами освіти ерготерапевтів WFOT[13] не визначено в рекомендоване співвідношення викладачів та асистентів до студентів, але наголошується, що штат має бути достатнім для забезпечення індивідуалізованого навчання та менторства. Також WFOT підкреслює необхідність наявності ресурсів та інфраструктури: програма повинна мати достатньо навчальних приміщень, спеціалізованого обладнання, навчальних матеріалів та інформаційних ресурсів для всіх студентів.

Рада з акредитації освіти ерготерапевтів (ACOTE) при Американській асоціації ерготерапії (AOTA) теж не встановлюють фіксованого максимуму студентів на освітній програмі з ерготерапії, але містять критерії щодо кадрового складу і ресурсів програми. Згідно зі стандартами, співвідношення студентів і викладачів має забезпечувати виконання освітніх цілей програми та відповідати

[12] Occupational Therapy Human Resources Project 2022 – Numerical, WFOT, 2022 https://wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2022-numerical
[13] Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists, WFOT, 2016 https://wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy

загальноприйнятій практиці підготовки ерготерапевтів. Акредитаційна комісія оцінює, чи достатньо в програмі основних викладачів, викладачів клінічних навичок, тощо. Вимоги AOTA передбачають також наявність у кожного студента можливості проходження необхідної кількості практик за професійним спрямуванням[14].

Австралійсько-новозеландська ради освіти ерготерапевтів (ANZCOTE) визначає, що для практичних занять оптимальне співвідношення становить 1 викладач на 10-18 студентів, а відпрацювання специфічних видів діяльності, таких як переміщення, може потребувати співвідношення 1:4-6 для забезпечення безпеки. Співвідношення кількості супервізорів до студентів в межах практики становить від 1-1 до 1-4, відповідно, кількість доступних супервізорів теж лімітує кількість студентів на освітній програмі[15].

Згідно національних законодавчих документів максимальна кількість студентів на освітній програмі визначається ліцензованим обсягом, який періодично переглядається для кожного ЗВО. На формування ліцензованого обсягу впливає забезпечення закладу науково-педагогічними (педагогічними) та/або науковими працівниками, необхідними для реалізації освітніх компонентів, передбачених освітньою програмою на відповідному рівні вищої освіти та матеріально-технічне забезпечення[16]. Стандартом вищої освіти другого (магістерського) рівня у частині спеціалізації з ерготерапії визначено, що дисципліни, які формують спеціальні компетентності повинні викладатись фахівцями, які обіймають/можуть обіймати посаду ерготерапевта у закладах охорони здоров'я, освіти та/або соціального захисту[17].

За даними ЄДЕБО[18], у 2025-2026 навчальному році 5 ЗВО пропонують навчання на магістерському рівні за освітніми програмами з ерготерапії:

- Дніпровський державний медичний університет – ліцензійний обсяг становить 30 осіб;
- Заклад вищої освіти «Український католицький університет» – ліцензійний обсяг становить 15 осіб;
- Івано-Франківський національний медичний університет – ліцензійний обсяг становить 50 осіб;
- Національний університет фізичного виховання та спорту України – ліцензійний обсяг становить 15 осіб;
- Полтавський державний медичний університет – ліцензійний обсяг становить 4 особи.

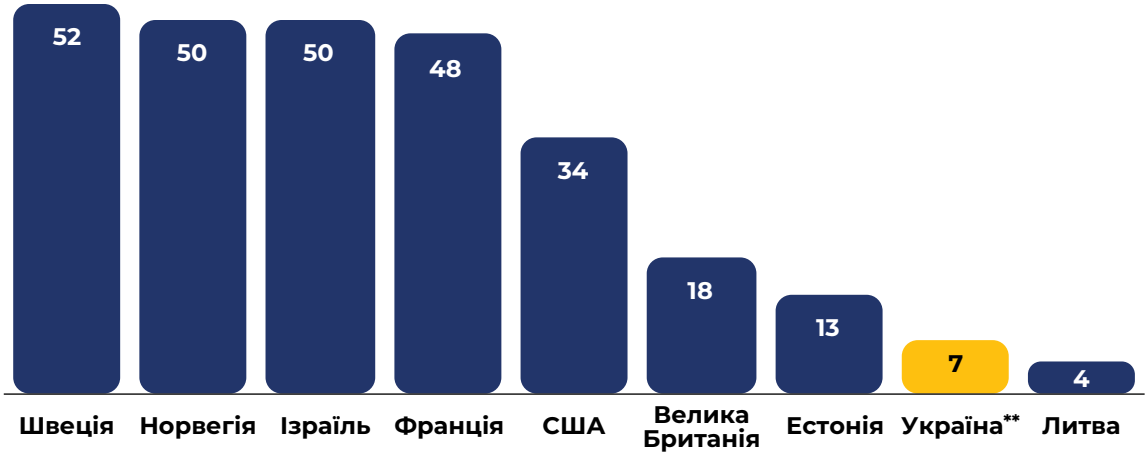
Відповідно, максимальний можливий набір студентів на перший курс магістратури на 2025-2026 навчальний рік за освітніми програмами з ерготерапії – 114 осіб. І це у випадку, якщо ЗВО будуть володіти необхідними ресурсами, зокрема, кадровими для забезпечення навчання такої кількості осіб.

---

[14] 2023 Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE®) Standards and Interpretive Guide (last updated April 7, 2025), ACOTE, 2025 https://acoteonline.org/accreditation-explained/standards/
[15] Position Paper on Staff Student Ratios in Occupational Therapy, ANZCOTE, 2012 https://www.otcouncil.com.au/wp-content/uploads/ANZCOTE-Position-Paper-on-Staff-Student-Ratios-in-Occupational-Therapy-2012.pdf#:~:text=Skills%20demonstration%20and%20supervision%20in,6%20to%20ensure%20safety
[16] Постанова КМУ від 30 грудня 2015 р. № 1187 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-п#Text
[17] Наказ МОН від 5.09.2022 №791 (в редакції наказу МОН від 30.10.2024 №1549) Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 227. Терапія та реабілітації 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
[18] Єдина державна електронна база з питань освіти, реєстр суб'єктів освітньої діяльності https://registry.edbo.gov.ua

Варто зауважити, що у 2024-2025 навчальному році загальна кількість студентів, які розпочали навчання за освітніми програмами з ерготерапії у зазначених вище ЗВО становила лише 36 осіб. Отже, заклади значно не досягли ліцензійний обсяг.

У країнах світу кількість студентів освітніх програм з ерготерапії (освітні програми, схвалені WFOT) значно різниться: від більше 50-и осіб у країнах з великою загальною чисельністю ерготерапевтів відповідно до кількості населення, до декількох осіб у країнах з низькою чисельністю.



Діаграма 22. *Кількість щорічних випускників на одну освітню програму з ерготерапії**
** освітні програми, схвалені WFOT*
*** показник України враховує усі освітні програми, а не лише схвалені WFOT*

Основною причиною низької залученості абітурієнтів в Україні є недостатня обізнаність щодо професії в цілому та щодо законодавчих вимог до освіти фахівців для доступу до посади ерготерапевта. Проте, якщо припустити максимальне заповнення ліцензійного обсягу абітурієнтами – щорічний випуск нових фахівців буде недостатній для закриття потреби навіть системи охорони здоров'я України.

Для того, щоби за 10 років Україна змогла досягнути показника у 7,5 ерготерапевтів на 10 тис. населення, необхідно щоби 10 ЗВО щорічно готували більше 2 тис. студентів, відповідно, близько 200 студентів на одну освітню програму. Для забезпечення даного показника ЗВО повинні бути спроможними укомплектувати відповідний штат викладачів, який становитиме близько 50 осіб для оптимального співвідношення з врахуванням практичного компоненту навчання; інфраструктуру та матеріально-технічні засоби; та достатню кількість баз практики і супервізорів.

Інший шлях підготовки нових ерготерапевтів – перекваліфікація осіб із освітою фахівця з фізичної реабілітації та фізичного терапевта, ерготерапевта (без визначеної спеціалізації у дипломі про вищу освіту) на циклах спеціалізації. Основним недоліком цього шляху може стати недостатній рівень компетентностей перекваліфікованих осіб, адже тривалість циклу спеціалізації становить 6 міс. на відміну від 2-річної програми магістратури. Дещо скоригувати якість підготовки допоможе стандартизована програма спеціалізації з визначеними освітніми компонентами, результатами навчання та навчальними матеріалами та система оцінювання набутих компетентностей, зокрема, практичних навичок.

ВИСНОВКИ ТА/АБО ОБГОВОРЕННЯ



1. Під час аналізу виявлено суттєву невідповідність між отриманими від представників ЗОЗ даними про освіту/професійну кваліфікацію працівників та реальним станом підготовки ерготерапевтів. За результатами опитування 41 % представників ЗОЗ (251 респондент) декларував у дипломі кваліфікацію «Ерготерапія/ерготерапевт», тоді як загальна кількість фахівців із повною профільною підготовкою (включно з випускниками ОП «Ерготерапія» (62 дипломи) та 6-місячним циклом спеціалізації ≈ 100 осіб) на грудень 2024 року не перевищує ≈ 160 осіб. Це свідчить про те, що значна частина працівників на посаді ерготерапевта не має формальної профільної освіти. Відсутність уніфікованого підходу до формування назв освітніх програм на другому (магістерському) рівні вищої освіти і внесення некоректної інформації до дипломів дає змогу представникам ЗОЗ довільно оцінювати відповідність освіти займаній посаді.

2. Аналіз поточного стану показує суттєву диспропорцію між формально підготовленими фахівцями та тими, хто фактично працює на посаді ерготерапевта в Україні. Лише близько 160 осіб мають повну профільну освіту «Ерготерапія», а на кінець грудня 2024 року, за даними НСЗУ, в системі ЕСОЗ зареєстровано 1881 ерготерапевт. Близько 1720 осіб виконують відповідні обов'язки без належного академічного підґрунтя. При цьому спостерігається лише 2 звернення від 367 ЗОЗ щодо проходження 6-місячної програми спеціалізації «Ерготерапія», що вказує на низьку обізнаність законодавчих норм і потреби формалізованого підвищення кваліфікації. На жаль, представниками ЗОЗ не враховується фактор часу, а саме наявність лише 2,5 років (до 2028 року) для проходження 6-місячного циклу спеціалізації «Ерготерапія» співробітниками, які обіймають посаду ерготерапевта. Недостатня кількість викладацького складу (лише 5 ОП «Ерготерапія», які здійснюють підготовку ерготерапевтів) ще більше посилює ризик отримання неповного або невідповідного практичного досвіду. При цьому спостерігається тенденція до масового відкриття циклів спеціалізації «Ерготерапія» тими ЗВО, які не мають відповідних умов та кадрів. У результаті велика частина фахівців оперує фрагментарними знаннями й не має підтверджених компетентностей, що ставить під загрозу якість ерготерапевтичних послуг.

3. З аналізу тем для підвищення кваліфікації видно, що працівники ЗОЗ, які надають послуги за двома-трьома пакетами ПМГ і здебільшого працюють із неврологічними та бойовими травмами, активно запитують інформацію саме про конкретні нозології (близько 300 згадок), але майже не формулюють запитів на більш загальні освітні ерготерапевтичні потреби чи спеціалізацію (лише 1–2 згадки). Тобто існує чітка кореляція між нозологіями, за якими надаються послуги, та тематичними запитами (запити концентруються навколо найбільш поширених нозологій), але практично відсутня кореляція між кількістю пакетів/різноманітністю нозологій і запитами на формальне підвищення кваліфікації.

4. Аналітичний звіт демонструє, що більшість ерготерапевтів оцінюють власні компетентності як середні або трохи вищі за середні, але відзначають суттєві прогалини в ключових клінічних навичках (аналіз виконання занять, адаптація середовища, забезпечення допоміжними засобами реабілітації), особливо серед тих, хто не має формальної освіти з ерготерапії. Хоча ЗОЗ часто мотивують участь у заходах підвищення кваліфікації, запити фокусуються на вузьких нозологіях і практичних питаннях, а не на системному опануванні ерготерапевтичних підходів, що становить сутність професії ерготерапія. Наявні короткострокові тренінги частково закривають потреби, але без супервізії

та оцінювання їхнього впливу навички залишаються фрагментарними. Це створює ризик, що попри активну участь у заходах, ерготерапевти не набувають достатньої глибини фундаментальних компетентностей, що може вплинути на якість реабілітаційних послуг.

5. Гендерний розподіл свідчить про стійке переважання кількості жінок серед ерготерапевтів: 71,33% у ЗОЗ та 95,77% серед представників професійної спільноти. Цей факт корелює зі світовими тенденціями й підкреслює необхідність оцінити бар'єри для більш рівномірної статевої представленості. Географічна структура демонструє значну концентрацію фахівців у великих центрах (м. Київ та Київська обл. — 10,44%, Дніпропетровська — 10,18%, Львівська — 7,57 %), тоді як області з меншим представництвом, особливо наближені до лінії бойового зіткнення (Херсонська — 0,78%, Донецька — 1,04%, Миколаївська — 1,83%) відчувають кадровий дефіцит. Це вказує на нерівномірний розподіл ресурсів і потребу цільової підтримки в цих регіонах, враховуючи необхідність ранньої реабілітації поранених.

6. У ЗОЗ переважна більшість ерготерапевтів працює в комунальних некомерційних підприємствах (73,1%), далі йдуть комунальні підприємства (14,9%) та приватні (5,2%). Серед представників професійної спільноти також переважають підприємства комунальної власності (≈60%), тоді як юрособи державного сектору економіки складають близько 21,5%, а приватного сектору — лише ≈13,9%. Така концентрація в комунальному секторі може обмежувати різноманітність моделей організації послуг, гнучкість у фінансуванні та інноваційні підходи, особливо в регіонах із дефіцитом ресурсів.

7. Ерготерапевти здебільшого працюють із людьми з неврологічними та бойовими травмами. Ті, хто займається опорно-руховими, педіатричними ураженнями або психічними порушеннями, становлять значно меншу частину; щодо пакетів ПМГ більшість закладів надають послуги за двома пакетами, а лише незначна кількість охоплює всі три, що вказує на фокусування на високопопулярних напрямах та можливі ресурсні або освітні обмеження для ширшого охоплення.

8. Аналіз інформації про вільні вакансії показує, що загалом кількість штатних ставок ерготерапевтів не відповідає потребам. Багато областей демонструють суттєвий дефіцит фахівців (зокрема в Києві, Дніпропетровській, Львівській областях високі рейтинги вакансій за даними ЗОЗ, тоді як віддалені регіони взагалі не мають заповнених потреб в ерготерапевтах). Це свідчить про нерівномірний розподіл кадрів, недостатню привабливість роботи в деяких ЗОЗ і неможливість закрити вакансії через брак підготовлених ерготерапевтів.

9. Для відповідності мінімальному орієнтовному показнику чисельності ерготерапевтів до кількості населення за даними WFOT, Україні необхідно приблизно 22 500 ерготерапевтів, які зможуть забезпечувати увесь континуум послуг як в охороні здоров'я, та і у інших сферах.

10. Спроможність ЗВО у підготовці ерготерапевтів шляхом формальної освіти магістерського рівня є обмеженою. У 2025-2026 навчальному році лише 5 ЗВО пропонують таке навчання з загальним ліцензійним обсягом у 114 осіб. У 2024-2025 навчальному році загальна кількість студентів ерготерапії у 5-и ЗВО становила лише 36 осіб. Основною причиною низької залученості абітурієнтів в Україні є недостатня обізнаність щодо професії в цілому та щодо законодавчих вимог до освіти фахівців для доступу до посади ерготерапевта.

РЕКОМЕНДАЦІЇ



Збільшення чисельності ерготерапевтів та спроможності ЗВО до їх підготовки

1. Збільшення кількості ЗВО, які готують студентів на освітніх програмах магістерського рівня з ерготерапії:
    - Збільшення кількості викладачів ерготерапії шляхом заохочення практикуючих фахівців до викладання у ЗВО додатковими стимулами.
    - Підтримка професійного розвитку викладачів через їх залучення до програм підвищення кваліфікації.
    - Підтримка ЗВО у доукомплектуванні матеріально-технічної бази шляхом залучення проєктів матеріально-технічної допомоги.
    - Заохочення практикуючих ерготерапевтів до виконання ролі супервізорів практики для студентів шляхом підготовки фахівців до ролі супервізора, зменшення їх клінічного навантаження під час роботи зі студентами та підвищення престижу супервізорства.
2. Збільшення кількості студентів на освітніх програмах магістерського рівня з ерготерапії:
    - Підвищення обізнаності щодо професії ерготерапевта та її популяризація серед студентів бакалаврського рівня вищої освіти шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальних кампаній.
3. Підтримка циклів спеціалізації з ерготерапії для осіб, які не мають фахової вищої освіти за спеціалізацією, проте працюють в системі охорони здоров'я на посадах ерготерапевтів чи будуть працевлаштовані в подальшому:
    - Стандартизація програм спеціалізації шляхом запровадження методичних рекомендацій до їх проведення.
    - Підтримка закладів, які пропонують програми спеціалізації з ерготерапії шляхом допомоги у створенні єдиних навчальних матеріалів та підготовкою викладачів програм.
    - Підвищення чисельності фахівців, які вступають на цикли спеціалізації з ерготерапії шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальних кампаній.
4. Впровадити для ерготерапевтів, які працевлаштовані в межах системи охорони здоров'я два професійних рівні — 1-й/ базовий та і 2-й просунутий. Відповідно, особи, які перебувають на 1-у/ базовому рівні мають формальну вищу освіту за спеціалізацією «Ерготерапія» та відсутній досвід практичної діяльності або не мають формальної вищої освіти за спеціалізацією «Ерготерапія» проте завершили цикл спеціалізації з ерготерапії (з присвоєнням професійної кваліфікації ерготерапевта) та досвід роботи на посаді ерготерапевта від 1-го року. Особи, які перебувають на 2-у/ просунутому рівні мають формальну вищу освіту за спеціалізацією «Ерготерапія» та досвід роботи на посаді ерготерапевта від 2-х років. Дані зміни можуть бути впроваджені у професійному стандарті ерготерапевта.

Освіта, спеціалізація та підвищення кваліфікації ерготерапевтів

1. Затвердити уніфіковану програму циклу спеціалізації з ерготерапії:
    - Створити методичні рекомендації з метою стандартизації програми циклу спеціалізації, яка не потребує тривалої перерви в роботі. До напрацювання методичних рекомендацій залучити проєкти міжнародно-технічної допомоги та професійну спільноту;

- Створити єдині стандартизовані навчальні модулі з чітко визначеними цілями та результатами, уніфікованими матеріалами (лекції, кейси, методичні посібники), що гарантує однаковий рівень підготовки для всіх учасників незалежно від регіону. Визначити мінімальні вимоги до змісту кожного модуля з урахуванням національних стандартів і міжнародних рекомендацій. Модулі можуть створюватися за підтримки проєктів міжнародно-технічної допомоги, професійної спільноти та закладів вищої освіти;
- Впровадити систему контролю та оцінювання знань і вмінь на різних етапах: тестування теоретичних знань, практичні іспити (демонстрація кейсів), супервізійні звіти з обговоренням практичних ситуацій. Налагодити механізм зворотного зв'язку від слухачів (анонімні опитування щодо якості викладання, корисності матеріалів) і від менторів (оцінка прогресу, рекомендації для доопрацювання). На основі цих даних регулярно оновлювати зміст програм і методики викладання.

2. Розробити цільові модулі підвищення кваліфікації:

- Розробити короткі онлайн-навчання з найменш представлених нозологій (педіатрія, психічне здоров'я, геріатрія) із мінімальними технічними вимогами (відео, презентації, чеклісти). Модулі можна розробляти за підтримки проєктів міжнародно-технічної допомоги, професійної спільноти та закладів вищої освіти;
- Організувати віртуальні супервізійні групи за нозологіями: досвідчені колеги ведуть разові чи регулярні онлайн-сесії для груп із різних регіонів, що допомагає підвищити компетентність.

3. Застосовувати менторство та підхід «рівний — рівному»:

- Формувати тематичні групи за інтересами (наприклад, робота з ЦП, геріатрія, адаптація домашнього середовища) і обирати серед учасників менторів із більшим досвідом.
- Проводити регулярні онлайн-зустрічі (раз на місяць) для обговорення кейсів і обміну досвідом.
- Заохочувати взаємне навчання: наприклад, молоді спеціалісти можуть готувати короткі доповіді про нові дослідницькі дані, а досвідчені — ділитися життєвими кейсами.
- Запровадити нарахування балів БПР за регулярне менторство менш досвідчених колег.

4. Регулярно оцінювати компетентності ерготерапевтів:

- Розробити онлайн-інструмент самооцінки: короткий тест чи анкета, яку ерготерапевт проходить раз на рік для самоаналізу сильних і слабких сторін. За результатами тесту система може автоматично пропонувати список відкритих ресурсів чи практичних супервізій. Інструмент може бути розроблений за підтримки проєктів міжнародно-технічної допомоги та професійної спільноти.

Підвищення обізнаності

- Посилити інформування працівників і керівників ЗОЗ про обов'язковість і механізми спеціалізації шляхом організації та проведення інформаційних кампаній. До цієї справи можуть бути залучені проєкти міжнародно-технічної допомоги;

- Посилити зацікавленість студентів бакалаврату до вступу на магістерські програми з ерготерапії шляхом систематичної інформаційної та роз'яснювальної роботи. Вона може здійснюватися закладами вищої освіти за підтримки проєктів міжнародно-технічної допомоги.

Надання ерготерапевтичних послуг

1. Забезпечити територіальні стимули для залучення ерготерапевтів до надання послуг у сільських та важкодоступних регіонах:
   - Органам місцевої влади, зацікавленим в отриманні жителями їх громади консультативних послуг ерготерапевта, залучати на договірній основі фахівців із сусідніх громад, пропонуючи гідну оплату праці, компенсацію витрат на проїзд та забезпечення необхідними матеріалами. Витрати можуть покриватись бюджетом органів місцевої влади та проєктами міжнародно-технічної допомоги;
   - Розвивати дистанційну супервізію й телеконсультування через існуючі платформи (Zoom, Teams, Telegram-канали експертів);
   - Залучати представників бізнесу, які працюють у межах громади, місцевих підприємців, благодійні фонди до організації послуг ерготерапії.
2. Адаптивна стратегія закриття вакансій
   - Забезпечити стимули для працевлаштування, використовуючи можливості місцевих бюджетів або грантові кошти. Забезпечити можливість дистанційної супервізії, щоб працівники відчували підтримку;
   - Залучати до співпраці ЗВО для формування пулу випускників: узгоджувати з університетами проведення практики за професійним спрямуванням у дефіцитних регіонах (із компенсацією хостингу чи харчування).

Моніторинг і коригування з урахуванням ситуації:

- Регулярно (наприклад, раз на пів року) центральним органам виконавчої влади, органам місцевої влади аналізувати актуальність стимулів і форматів навчання, збираючи зворотний зв'язок від ерготерапевтів;
- Центральним органам виконавчої влади використовувати дані НСЗУ та місцевих департаментів охорони здоров'я для оперативного виявлення нових «гарячих» точок дефіциту і підлаштовувати ресурси (курси, супервізії) до потреб;

ДОДАТКИ



ДОДАТОК 1

Структурований шаблон (чекліст) для спрощеного контент-аналізу відібраних нормативно-правових документів та політик

Назва документа	
Тип документа (закон, постанова, наказ тощо)	
Дата прийняття/ номер	
Установа, що прийняла документ	
Основна тематика/ сфера	
Ключові положення, пов’язані з темою аналізу	
Посилання на повний текст	

ДОДАТОК 2

Опитувальник для закладів охорони здоров'я, які надають послуги за напрямом реабілітації в межах ПМГ

Проєкт «Реабілітація в Україні» (Rehab4U) є багаторічною ініціативою Уряду США та реалізується організацією Моментум Вілз фор Хьюменіті. Головна мета проєкту Rehab4U — створити стійку та інклюзивну систему реабілітації, яка допомагатиме відновити функціональні здібності, соціальну участь та економічні можливості всіх, хто цього потребує.

В рамках проєкту передбачено здійснити оцінювання кадрового потенціалу ерготерапевтів, які надають послуги у закладах охорони здоров'я, законтрактованих з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) за реабілітаційними пакетами в рамках програми медичних гарантій, та їх потреб у підвищенні кваліфікації та безперервному професійному розвитку (БПР).

Отримані дані будуть проаналізовані, а сформований звіт забезпечить надійну базу даних про кадровий потенціал ерготерапевтів для моніторингу прогресу та спрямування і прийняття національних, регіональних та місцевих рішень і стане основою для планування освітніх заходів, включаючи цикли спеціалізації з ерготерапії. Також завдяки аналізу будуть запропоновані тематичні заходи для підвищення кваліфікації ерготерапевтів.

Просимо вас приділити час для участі в опитуванні. Дякуємо за вашу участь у розвитку якісних реабілітаційних послуг в Україні.

Це опитування стало можливим завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Уряд США. Зміст є відповідальністю Моментум Вілз фор Хьюменіті і не обов'язково відображає погляди Уряду США.

1. Повна назва ЗОЗ

.....

2. В якій області розташований ЗОЗ?

- ☐ Вінницька
- ☐ Волинська
- ☐ Дніпропетровська
- ☐ Донецька
- ☐ Житомирська
- ☐ Закарпатська
- ☐ Запорізька
- ☐ Івано-Франківська
- ☐ Київська
- ☐ Кіровоградська
- ☐ Луганська
- ☐ Львівська
- ☐ Миколаївська

- ☐ Одеська
- ☐ Полтавська
- ☐ Рівненська
- ☐ Сумська
- ☐ Тернопільська
- ☐ Харківська
- ☐ Херсонська
- ☐ Хмельницька
- ☐ Черкаська
- ☐ Чернівецька
- ☐ Чернігівська
- ☐ Місто Київ

3. В якому населеному пункті розташований ЗОЗ?

.....

4. Код ЄДРПОУ

.....

5. За якими пакетами в рамках програми медичних гарантій ЗОЗ надавав послуги протягом 2024 року? (зазначте всі пакети, за якими ЗОЗ надавав послуги)

- ☐ Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах
- ☐ Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах
- ☐ Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та-або хворими, протягом перших трьох років життя

Інформація про ерготерапевтів, які працюють у ЗОЗ

6. Яка кількість ставок ерготерапевта передбачена у ЗОЗ?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Інше

7. Яка кількість ставок ерготерапевта зайнята у ЗОЗ?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Інше

8. Яка кількість осіб працює на штатних посадах ерготерапевта у ЗОЗ? *

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Інше

9. Скільки жінок займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ? (якщо жінок, які займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ, немає, зазначте 0)

.....

10. .Скільки чоловіків займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ? (якщо чоловіків, які займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ, немає, зазначте 0)

.....

11. Яка вікова категорія жінок, які займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ? (зазначте середній вік усіх жінок, які займають посаду ерготерапевта в ЗОЗ)

- ☐ До 24 років
- ☐ 25-44 роки
- ☐ 45-59 років
- ☐ 60-74 років
- ☐ Більше 75 років
- ☐ Жінки не займають посаду ерготерапевта в ЗОЗ

12. Яка вікова категорія чоловіків, які займають посаду ерготерапевта у ЗОЗ? (зазначте середній вік усіх чоловіків, які займають посаду ерготерапевта в ЗОЗ)

- ☐ До 24 років
- ☐ 25-44 роки
- ☐ 45-59 років
- ☐ 60-74 років
- ☐ Більше 75 років
- ☐ Чоловіки не займають посаду ерготерапевта в ЗОЗ

13. Яка кількість ерготерапевтів надає послуги в рамках пакету РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ?

- ☐ ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом
- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Інше

14. Яка кількість ерготерапевтів надає послуги в рамках пакету РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ?

- ☐ ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом
- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Інше

15. Яка кількість ерготерапевтів надає послуги в рамках пакету МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕМОВЛЯТ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ПЕРЕДЧАСНО ТА-АБО ХВОРИМИ, ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ?

- ☐ ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом
- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Інше

16. З якою основною нозологією працюють ерготерапевти, які надають послуги в рамках пакету РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ?

- ☐ ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом
- ☐ Неврологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ортопедо-травматологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Кардіо-респіраторні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ураження та травми внаслідок бойових дій

17. З якою основною нозологією працюють ерготерапевти, які надають послуги в рамках пакету РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ?

- ☐ ЗОЗ незаконтрактований за вказаним пакетом
- ☐ Неврологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ортопедо-травматологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Кардіо-респіраторні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ураження та травми внаслідок бойових дій

18. Чи надають ерготерапевти послуги в рамках інших пакетів програми медичних гарантій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

19. В рамках яких пакетів програми медичних гарантій, окрім реабілітаційних, ерготерапевти надають послуги?

.....

Потреба ерготерапевтів у підвищенні кваліфікації та безперервному професійному розвитку

20. Яку вищу освіту здобули особи, які працюють ерготерапевтами в ЗОЗ? (спеціалізація, або професійна кваліфікація, або назва освітньої програми, вказана в дипломі про вищу освіту чи додатку до нього)

- ☐ Фізична реабілітація / фахівець з фізичної реабілітації
- ☐ Фізична терапія / фізичний терапевт
- ☐ Ерготерапія / ерготерапевт
- ☐ Інше

21. Чи проходять ерготерапевти, які працюють в ЗОЗ, підвищення кваліфікації (стажування, тренінги, семінари та ін.)? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

22. Як часто протягом року ерготерапевти беруть участь у заходах підвищення кваліфікації? *

- ☐ Не беруть участі
- ☐ Менше 2 разів
- ☐ 2-4 рази
- ☐ Більше 5 разів

23. Чи мотивує ЗОЗ ерготерапевтів до підвищення кваліфікації? *

- ☐ Так
- ☐ Ні

ДОДАТОК 3

Опитувальник ерготерапевтів — членів професійної спільноти

Проєкт «Реабілітація в Україні» (Rehab4U) є багаторічною ініціативою Уряду США та реалізується організацією Моментум Вілз фор Хьюменіті. Головна мета проєкту Rehab4U — створити стійку та інклюзивну систему реабілітації, яка допомагатиме відновити функціональні здібності, соціальну участь та економічні можливості всіх, хто цього потребує.

У рамках проєкту передбачено здійснити оцінювання кадрового потенціалу ерготерапевтів та їхніх потреб у підвищенні кваліфікації й безперервному професійному розвитку (БПР). Отримані дані будуть проаналізовані, а сформований звіт забезпечить надійну базу даних про кадровий потенціал ерготерапевтів для моніторингу прогресу, спрямування і прийняття національних, регіональних та місцевих рішень. Він також стане основою для планування освітніх заходів, включаючи цикли спеціалізації з ерготерапії. В результаті аналізу буде запропоновано тематичні заходи для підвищення кваліфікації ерготерапевтів.

Просимо вас приділити час для участі в опитуванні. Дякуємо за вашу роботу задля розвитку якісних реабілітаційних послуг в Україні.

Це опитування стало можливим завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Уряд США. Зміст є відповідальністю Моментум Вілз фор Хьюменіті і не обов'язково відображає погляди Уряду США.

Інформація про місце роботи

1. Вкажіть вашу стать

- ☐ Чоловіча
- ☐ Жіноча
- ☐ Інше

2. Вкажіть ваш вік

- ☐ До 24 років
- ☐ 25-44 років
- ☐ 45-59 років
- ☐ 60-74 років
- ☐ Більше 75 років

3. Яка спеціальність зазначена у вашому дипломі про вищу освіту?

- ☐ Терапія та реабілітація
- ☐ Фізична терапія, ерготерапія
- ☐ Фізична реабілітація

- ☐ Інше

4. Яка спеціалізація зазначена у вашому дипломі про вищу освіту чи додатку до нього?

- ☐ Ерготерапія
- ☐ Фізична терапія
- ☐ Спеціалізація не зазначена
- ☐ Інше

5. Яка професійна кваліфікація зазначена у вашому дипломі про вищу освіту чи додатку до нього?

- ☐ Ерготерапевт
- ☐ Фізичний терапевт
- ☐ Фахівець з фізичної реабілітації
- ☐ Професійна кваліфікація не зазначена
- ☐ Інше

6. Яка освітня програма (ОП) зазначена у вашому дипломі про вищу освіту чи додатку до нього?

- ☐ Ерготерапевт
- ☐ Фізичний терапевт
- ☐ Фахівець з фізичної реабілітації
- ☐ ОП не зазначена
- ☐ Інше

7. В якому році ви отримали диплом про вищу освіту?

.....

8. Чи працюєте ви на посаді ерготерапевта в закладі охорони здоров'я (ЗОЗ)?

- ☐ Так
- ☐ Ні

9. В якій області розташований заклад охорони здоров'я, в якому ви працюєте?

- ☐ Вінницька
- ☐ Волинська
- ☐ Дніпропетровська

- ☐ Донецька
- ☐ Житомирська
- ☐ Закарпатська
- ☐ Запорізька
- ☐ Івано-Франківська
- ☐ Київська
- ☐ Кіровоградська
- ☐ Луганська
- ☐ Львівська
- ☐ Миколаївська
- ☐ Одеська
- ☐ Полтавська
- ☐ Рівненська
- ☐ Сумська
- ☐ Тернопільська
- ☐ Харківська
- ☐ Херсонська
- ☐ Хмельницька
- ☐ Черкаська
- ☐ Чернівецька
- ☐ Чернігівська
- ☐ Місто Київ

10. В якому населеному пункті розташований заклад охорони здоров'я, в якому ви працюєте?

.....

11. Якою є форма власності закладу охорони здоров'я, в якому ви працюєте?

- ☐ Державна
- ☐ Комунальна
- ☐ Приватна
- ☐ Інше

12. Чи надавали ви ерготерапевтичні послуги протягом 2024 року за пакетом РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ в рамках програми медичних гарантій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

13. Чи надавали ви ерготерапевтичні послуги протягом 2024 року за пакетом РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРОСЛИМ І ДІТЯМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ в рамках програми медичних гарантій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

14. Чи надавали ви ерготерапевтичні послуги протягом 2024 року за пакетом МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕМОВЛЯТ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ПЕРЕДЧАСНО ТА-АБО ХВОРИМИ, ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ в рамках програми медичних гарантій?

- ☐ Так
- ☐ Ні

15. З якою нозологією ви найчастіше працюєте у ЗОЗ?

- ☐ Неврологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ортопедо-травматологічні захворювання, ураження та травми
- ☐ Кардіо-респіраторні захворювання, ураження та травми
- ☐ Ураження та травми внаслідок бойових дій
- ☐ Педіатричні захворювання, ураження та травми
- ☐ Інше

16. В яких умовах ви надаєте послуги?

- ☐ В стаціонарних умовах
- ☐ В амбулаторних умовах
- ☐ В стаціонарних та амбулаторних

17. Чи працюєте ви викладачем ерготерапевтичних дисциплін у закладі вищої освіти?

- ☐ Так
- ☐ Ні

18. В якій області розташований заклад вищої освіти, в якому ви працюєте?

- ☐ Вінницька
- ☐ Волинська
- ☐ Дніпропетровська
- ☐ Донецька
- ☐ Житомирська
- ☐ Закарпатська

- ☐ Запорізька
- ☐ Івано-Франківська
- ☐ Київська
- ☐ Кіровоградська
- ☐ Луганська
- ☐ Львівська
- ☐ Миколаївська
- ☐ Одеська
- ☐ Полтавська
- ☐ Рівненська
- ☐ Сумська
- ☐ Тернопільська
- ☐ Харківська
- ☐ Херсонська
- ☐ Хмельницька
- ☐ Черкаська
- ☐ Чернівецька
- ☐ Чернігівська
- ☐ Місто Київ

19. В якому населеному пункті розташований заклад вищої освіти, в якому ви працюєте?

.....

20. Якою є форма власності закладу вищої освіти, в якому ви працюєте?

- ☐ Державна
- ☐ Комунальна
- ☐ Приватна
- ☐ Інше

21. Чи є ви супервізором клінічної практики для студентів ерготерапії?

- ☐ Так
- ☐ Ні

Потреба ерготерапевтів у спеціалізації, підвищенні кваліфікації та БПР

22. Чи потрібно вам проходити спеціалізацію з ерготерапії для продовження практичної діяльності після 1 січня 2028 року?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю

23. Чи пройшли ви курс спеціалізації на даний момент?

- ☐ Так
- ☐ В процесі проходження
- ☐ Ні

24. На вашу думки, чи сприятиме ваш роботодавець вашій участі в програмі спеціалізації? Наприклад, шляхом повної чи часткової оплати її вартості, оформлення відряджень зі збереженням заробітної плати і т.д.

- ☐ Так
- ☐ Ні

25. Якщо ви працюєте в закладі охорони здоров'я, чи вистачає вам компетенції у своїй сфері діяльності ерготерапії? (1 — значно бракує компетентності, 5 — повністю компетентний/ а)

1 2 3 4 5

26. Якщо ви працюєте в закладі вищої освіти, чи вистачає вам компетентності у викладанні ерготерапевтичних дисциплін? (1 — значно бракує компетентності, 5 — повністю компетентний/а)

1 2 3 4 5

27. Як часто протягом року ви берете участь у заходах підвищення кваліфікації?*

- ☐ Не беру участі
- ☐ 1 раз на рік
- ☐ 2-4 рази на рік
- ☐ Більше 5 разів на рік

28. Чи мотивує вас роботодавець до підвищення кваліфікації?

- ☐ Так
- ☐ Ні

29. Яким чином роботодавець мотивує вас до підвищення кваліфікації? (можете обрати декілька відповідей)

- ☐ Оплата участі у заходах підвищення кваліфікації
- ☐ Оформлення відрядження для участі у заходах підвищення кваліфікації
- ☐ Преміювання за участь у заходах підвищення кваліфікації
- ☐ Інше

30. Яких знань з ерготерапевтичного процесу вам бракує чи які ви хочете удосконалити? (можете обрати декілька відповідей)

- ☐ Основи ерготерапії, включаючи заняттєву науку, моделі та рамки практики ерготерапії та ін.
- ☐ Вибір і застосування відповідних інструментів скринінгу та оцінювання
- ☐ Планування, прогнозування та встановлення цілей ерготерапії
- ☐ Вибір і застосування відповідних втручань
- ☐ Підготовка до виписки та формування рекомендацій
- ☐ Ведення документації
- ☐ Співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди
- ☐ Інше

31. Яких практичних навичок ерготерапевтичного процесу вам бракує чи які ви хочете удосконалити? (ви можете обрати декілька відповідей)

- ☐ Застосування інструментів скринінгу та оцінювання
- ☐ Прогнозування, встановлення цілей та вибір втручань
- ☐ Застосування втручань
- ☐ Співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди
- ☐ Інше

32. Чи використовуєте ви у роботі наступні складові? (позначте всі складові, які використовуєте)

- ☐ Рекомендації щодо модифікації середовища
- ☐ Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації
- ☐ Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання
- ☐ Рекомендації щодо користування автомобілем

33. Чи хотіли би ви удосконалити знання та навички у наступних складових (позначте всі актуальні варіанти відповіді)?

- ☐ Рекомендації щодо модифікації середовища
- ☐ Вибір, призначення, налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації
- ☐ Рекомендації щодо повернення до роботи чи навчання
- ☐ Рекомендації щодо користування автомобілем
- ☐ Інше

34. Яку кількість годин на місяць ви готові приділяти підвищенню кваліфікації?

- ☐ Не готовий/а приділяти час
- ☐ Від 2-х до 5-и годин
- ☐ Від 5-и до 10-и годин
- ☐ Від 10-и до 20-и годин
- ☐ Більше 20 годин

35. Зазначте інші сфери, в яких ви потребуєте підвищення кваліфікації

.....

Rehab4U

Rehab4U_PR@momentum4humanity.org

Ми у соціальних мережах