

Міністерство освіти і науки України
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

Жильцов Андрій Олексійович

УДК 159.9:378.147:615.825(043)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД**

Спеціальність 053 «Психологія»

Галузь 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Подается на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Жильцов Андрій Олексійович

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор Литвиненко Олена Олександрівна

Київ — 2026

АНОТАЦІЯ

Жильцов А.О. *Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд.* — Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія». — Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, 2026.

Дисертацію присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному визначенню психологічних особливостей консультативної компетентності майбутніх фахівців, підготовка яких орієнтована на діяльність у мультидисциплінарних реабілітаційних командах. Актуальність проблеми зумовлена тим, що сучасні підходи до реабілітації вимагають не лише фахової предметної підготовки, а й стабільної здатності до міжпрофесійної взаємодії, узгодження рішень, підтримання пацієнт-орієнтованих цілей і персоналізованих програм втручання, що прямо пов'язано з якістю комунікативно-консультативних дій у команді (Beamish et al., 2023; Gibson et al., 2024; Wade, 2020).

Дослідження мало на меті теоретично обґрунтувати та емпірично визначити психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів і соціальних працівників для діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах.

Теоретико-методологічну основу становлять компетентнісний підхід до професійної підготовки, положення міжпрофесійної освіти та співпраці, уявлення про компетентність як інтегративну характеристику, що поєднує знання, уміння, мотиваційно-ціннісні орієнтації та рефлексивні компоненти, а також підходи до опису спроможностей у реабілітації, де командність і біопсихосоціальна орієнтація розглядаються як релевантні вимоги

до підготовки (Beamish et al., 2023; McHenry et al., 2021; Wade, 2020; Kompanets, 2023). Враховано підходи, що підкреслюють роль професійної ідентичності, рефлексивності та регуляції взаємодії у складних клінічних контекстах (Moll-Jongerijs et al., 2025).

Шляхом теоретико-методологічного аналізу консультативної компетентності в контексті мультидисциплінарної реабілітації визначено її статус як інтегративного психологічного утворення, що забезпечує узгодження рішень у команді й підтримку пацієнт-орієнтованих цілей. Систематизовано підходи до структури консультативної компетентності та її детермінант, з акцентом на комунікативну точність, рольову визначеність і межі відповідальності, етичну регуляцію взаємодії, пояснювально-освітній компонент і саморегуляцію в умовах навчально-професійних навантажень. Показано, що зазначені компоненти функціонують як взаємопов'язані механізми міжпрофесійної «спільної мови» реабілітації та не редукуються до загальних навичок спілкування.

Окремо проаналізовано еволюцію моделей командної роботи в реабілітаційній медицині, зокрема перехід від вертикально-ієрархічних і консиліарних форматів до горизонталізованих моделей із регулярними командними зборами та стандартизованими процедурами координації. Узагальнено організаційну логіку, типові обмеження та практичні наслідки кожної моделі для забезпечення цілісності реабілітаційного процесу. Визначено функції й відповідальність ключових членів мультидисциплінарної команди та описано основні інтерфейси їх взаємодії, що забезпечують інтеграцію клінічних, психологічних і соціальних даних у єдиний план допомоги. Систематизовано рівні міжпрофесійної комунікації та координації, включно з оперативним, тактичним, стратегічним і кризовим рівнями, а також охарактеризовано їхні типові формати й очікувані результати.

Рівні міжпрофесійної комунікації та координації в мультидисциплінарній команді доцільно концептуалізувати як ієрархію задач і форматів обміну, що забезпечує керованість процесу в різних часових

масштабах. Базовий оперативний рівень охоплює обмін клінічною інформацією, відстеження змін статусу та корекцію поточного плану через короткі узгодження й щоденну передачу даних, що мінімізує втрату деталей і підвищує швидкість реакції. Тактичний планувальний рівень реалізується в регулярних командних зустрічах, де узгоджуються короткострокові цілі, розподіляються завдання та синхронізується графік втручань. Результатом цього рівня є погоджений план і зрозумілі ролі, а також процедурна можливість контролю виконання. Стратегічний довгостроковий рівень передбачає планування цілей після виписки, соціальної інтеграції та взаємодії з зовнішніми сервісами, що забезпечує безперервність допомоги та реалістичність цілей у контексті життя пацієнта. Кризовий ситуаційний рівень орієнтований на непередбачувані події й потребує алгоритмів, протоколів реагування та тренувальних сценаріїв, оскільки в таких умовах зростає значення чітких ролей і високої узгодженості дій у реальному часі (Walraven et al., 2022).

У підсумку результатів теоретичного аналізу обґрунтовано методологічну доцільність розгляду консультативної компетентності як системоутворювального чинника командної ефективності в реабілітації та визначено концептуальні підстави для її подальшої операціоналізації в емпіричному дослідженні.

Емпіричне дослідження здійснено у порівняльному дизайні на вибірці здобувачів освіти ($n = 230$), сформовано чотири групи: майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини ($n = 52$), майбутні фахівці з терапії та реабілітації ($n = 60$), майбутні психологи ($n = 60$), майбутні соціальні працівники ($n = 58$). Застосовано комплекс психодіагностичних методик та інструментарію для вимірювання командної ефективності як критеріального показника реалізації консультативної компетентності, а також ресурсів й механізмів її становлення.

Для емпіричної операціоналізації консультативної компетентності та пов'язаних із нею психологічних механізмів використано комплекс

стандартизованих методик, адаптованих до україномовного контексту, що забезпечило можливість порівняльного аналізу між професійними групами та подальшого предикторного й структурного моделювання. Критеріальний рівень дослідження представлено показниками ефективності командної взаємодії як поведінковим індикатором реалізації консультативної компетентності у мультидисциплінарній команді. Пояснювальний рівень охопив ресурси професійної життєстійкості, комунікативно-організаторський ресурс, соціо-емоційну компетентність, когнітивно-ціннісні регулятори готовності до змін, диспозиційні особистісні характеристики та копінг-стратегії подолання навчально-професійного навантаження.

Статистичний аналіз включав перевірку міжгрупових відмінностей, аналіз профілів, кореляційні та регресійні процедури, а також структурне моделювання шляхів із оцінюванням прямих, непрямих і модераційних ефектів із bootstrap-оцінюванням довірчих інтервалів.

У результаті емпіричного аналізу розроблено моделі консультативної компетентності фахівців, що представлено специфікою їхньої подальшої професійної діяльності, у межах яких командна ефективність пояснюється різними конфігураціями проксимальних механізмів та відповідних ресурсів. Виявлено домінування організаційно-координаційного механізму в майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини. У групі майбутніх фахівців з терапії та реабілітації встановлено збалансований внесок соціо-емоційного та організаційного механізмів у пояснення командної ефективності. У групі майбутніх психологів доведено провідну роль соціо-емоційного механізму та наявність негативного контуру, пов'язаного з дезадаптивними стратегіями подолання, що знижують результативність взаємодії. У майбутніх соціальних працівників уточнено поєднання соціо-емоційного та організаційного механізмів за наявності світоглядного ресурсу, який системно пов'язаний з регуляцією взаємодії та командною ефективністю.

У межах емпіричного етапу виявлено статистично значущі відмінності між чотирма дослідницькими групами майбутніх фахівців

за показниками командної ефективності та психологічними предикторами консультативної компетентності. Установлено, що консультативна компетентність операціонально відображається через інтегральний критерій командної ефективності й пояснюється сукупністю проксимальних механізмів та дистальних ресурсів (зокрема копінг, диспозиційні характеристики), причому питома вага цих блоків є професійно-специфічною.

За Brief COPE-26 доведено наявність міжгрупових відмінностей за більшістю шкал (Kruskal–Wallis; Dunn–Holm). Найбільші ефекти встановлено для «Релігії» ($\epsilon^2(H)=0.15$) та «Вираження почуттів» ($\epsilon^2(H)=0.14$), де соціальні працівники мають вищі значення від усіх інших груп. Визначено відмінності за емоційною та інструментальною підтримкою ($\epsilon^2(H)=0.13$ та 0.11), зокрема виявлено, що показники майбутніх соціальних працівників є вищими, порівнюючи із майбутніми лікарями ФРМ. Уточнено, що клінічні майбутні психологи демонструють вищі показники за шкалами «Планування» та «Прийняття» ($\epsilon^2(H)=0.09$ та 0.11). Щодо дезадаптивних стратегій виявлено, що показник «Заперечення» у майбутніх психологів є більшим, так само як «Поведінковий відхід» у соціальних працівників, водночас виявлено нижчий показник за шкалою «Самозвинувачення» у майбутніх психологів. Варто зазначити, що за шкалою «Вживання психоактивних речовин» значущих відмінностей між групами не виявлено.

На інтегральному рівні узагальнень установлено, що проблемно-орієнтований копінг демонструє вищі показники у групі досліджуваних майбутніх психологів та є нижчим у майбутніх соціальних працівників. Водночас емоційно-орієнтований копінг є вищим у майбутніх психологів і соціальних працівників порівняно з майбутніми лікарями ФРМ. Механізм уникання є вищим у майбутніх соціальних працівників і нижчим у психологів, порівнюючи з лікарями ФРМ відповідно.

За результатами психологічного моделювання виявлено, що SEM/Path-моделі у всіх групах мають прийнятні індекси застосованості ($p>.05$ для χ^2 ; CFI $\approx.958$ – $.972$; TLI $\approx.938$ – $.956$; RMSEA $\approx.041$ – $.054$; SRMR $\approx.038$ – $.045$),

що підтверджує коректність інтерпретації прямих, непрямих і модераційних ефектів. Доведено, що у майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини провідним механізмом є вплив комунікативно-організаторського ресурсу на ефективність командної взаємодії, за наявності додаткового внеску соціо-емоційної компетентності, причому світоглядна пластичність підсилює зв'язок між комунікативно-організаторським ресурсом і ефективністю командної взаємодії. У майбутніх фахівців з терапії та реабілітації встановлено збалансований внесок соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу в ефективність командної взаємодії, а також модераційну роль світоглядної пластичності у зв'язку між соціо-емоційною компетентністю та ефективністю командної взаємодії. У майбутніх клінічних психологів у моделі домінує вплив соціо-емоційної компетентності на ефективність командної взаємодії, тоді як дезадаптивні стратегії подолання мають як прямий, так і непрямий негативний вплив, що частково послаблюється завдяки світоглядній пластичності. Водночас у майбутніх соціальних працівників ефективність командної взаємодії пояснюється сумарним внеском соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу, а світоглядна пластичність виконує системоутворювальну роль через прямий вплив на соціо-емоційну компетентність, модерацію її впливу на ефективність командної взаємодії та додатковий частковий прямий вплив на саму ефективність командної взаємодії.

Наукова новизна й теоретичне значення полягають у тому, що вперше обґрунтовано консультативну компетентність майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд як інтегративне психологічне утворення зі спільними міжпрофесійними механізмами реалізації та професійно-специфічними функціональними профілями; здійснено нормативно-сміслове зіставлення вимог до консультативних дій у чотирьох траєкторіях професійної підготовки; розроблено концептуально-емпіричну модель, у якій критеріальний рівень представлено командною ефективністю,

а пояснювальний рівень структуровано як систему дистальних ресурсів, проксимальних механізмів і когнітивно-ціннісних регуляторів. Концепція дистальних ресурсів та проксимальних механізмів використовується в психології, екологічній теорії розвитку та соціальних науках для пояснення того, як різні фактори (від далекого середовища до внутрішніх процесів) впливають на розвиток особистості, її здоров'я або поведінку. Уточнено зміст проксимальних механізмів консультативної компетентності через диференціацію соціо-емоційного та організаційно-комунікативного каналів і зіставлено чотири професійно-специфічні моделі їхнього внеску в командну результативність.

Практичне значення полягає в обґрунтуванні можливостей цілеспрямованого розвитку консультативної компетентності в університетських програмах підготовки фахівців для мультидисциплінарної реабілітації, у визначенні командної ефективності як прикладного інтегрального критерію сформованості консультативної компетентності в навчально-практичних форматах, а також у можливості використання отриманих результатів для розроблення стандартизованих процедур оцінювання консультативної поведінки, структурування зворотного зв'язку та планування освітніх інтервенцій з урахуванням професійно-специфічних механізмів.

Ключові слова: консультативна компетентність, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, реабілітація, реабілітаційний потенціал, міжкомандна взаємодія, інтегрована модель допомоги, моделювання, професійний стандарт, трудові функції, професійна діагностика, консультування, командна ефективність, соціо-емоційна компетентність, комунікативно-організаторський ресурс, особистісні чинники, резильєнтність, професійна життєстійкість, професійна компетентність, психометрія компетентностей, копінг-поведінка, стрес, адаптаційні механізми, світоглядна пластичність.

ABSTRACT

Zhylytsov A. O. *Psychological Characteristics of Consultative Competence of Future Specialists in Multidisciplinary Rehabilitation Teams*. – Qualifying research paper (manuscript).

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 Psychology. – Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, 2026.

The thesis is devoted to the theoretical justification and empirical determination of the psychological characteristics of developing consultative competence in future specialists trained to work in multidisciplinary rehabilitation teams. The relevance of the problem is due to the fact that modern approaches to rehabilitation require, experts not only in their primary discipline, but also those with a strong ability to, engage in interprofessional collaboration, coordinate decisions, maintain patient-oriented goals and personalised intervention programmes, which is directly related to the quality of communication and counselling activities within the team (Beamish et al, 2023; Gibson et al, 2024; Wade, 2020).

The study aims to theoretically substantiate and empirically determine the psychological characteristics of the development of consultative competence in future physicians of physical and rehabilitation medicine, specialists in therapy and rehabilitation, clinical psychologists, and social workers for multidisciplinary rehabilitation teams.

The theoretical and methodological basis is a competency-based approach to professional training, the principles of interprofessional education and cooperation, the concept of competence as an integrative characteristic that combines knowledge, skills, motivational and value orientations, and reflective components, as well as approaches to describing capabilities in rehabilitation, where teamwork and biopsychosocial model are considered relevant training requirements (Beamish et al, 2023; McHenry et al, 2021; Wade, 2020; Kompanets, 2023).

Approaches that emphasise the role of professional identity, reflexivity and interaction regulation in complex clinical contexts (Moll-Jongerius et al, 2025) are taken into account.

The theoretical part of the study provides a theoretical and methodological analysis of consultative competence in the context of multidisciplinary rehabilitation and clarifies its status as an integrative psychological construct that ensures coordination of decisions within the team and support for patient-oriented goals. Approaches to the structure of consultative competence and its determinants are systematised, with an emphasis on communicative accuracy, role clarity and boundaries of responsibility, ethical regulation of interaction, explanatory and educational components, and self-regulation in the context of educational and professional workloads. It is shown that these components function as interrelated mechanisms of interprofessional "common language" of rehabilitation and are not reduced to general communication skills.

The evolution of teamwork models in rehabilitation medicine is analysed separately, among which the transition from vertical-hierarchical and consultative formats to horizontal models with regular team meetings and standardised coordination procedures. The organisational logic, typical limitations and practical consequences of each model for ensuring the integrity of the rehabilitation process are summarised. The functions and responsibilities of key members of the multidisciplinary team are defined and the main interfaces of their interaction are described, ensuring the integration of clinical, psychological and social data into a single care plan. The levels of interprofessional communication and coordination, including operational, tactical, strategic and crisis levels, are systematised, and their typical formats and expected results are characterised.

The levels of interprofessional communication and coordination in a multidisciplinary team should be conceptualised as a hierarchy of tasks and exchange formats, ensuring the manageability of the process on different time scales. The basic operational level covers the exchange of clinical information, tracking status changes and adjusting the current plan through brief consultations and daily

data transfer, which minimises the loss of details and increases the speed of response. The tactical planning level is implemented in regular team meetings, where short-term goals are agreed upon, tasks are assigned, and the intervention schedule is synchronised. The result of this level is an agreed plan and clear roles, as well as the procedural ability to monitor implementation. The strategic long-term level involves planning post-discharge goals, social integration, and interaction with external services, leading to the continuity of care and realistic goals in the context of the patient's life. The crisis situation level focuses on unpredictable events and requires algorithms, response protocols, and training scenarios, as clear roles and high coordination of actions in real time become increasingly important in such conditions (Walraven et al, 2022).

As a result, the theoretical analysis substantiated the methodological feasibility of considering consultative competence as a system-forming factor of team effectiveness in rehabilitation and identified the conceptual basis for its further operationalisation in empirical research.

The empirical study was conducted in a comparative design on a sample of final-year students ($n = 230$), forming four groups: future doctors of physical and rehabilitation medicine ($n = 52$), future specialists in therapy and rehabilitation ($n = 60$), future clinical psychologists ($n = 60$), and future social workers ($n = 58$). A set of psychodiagnostic techniques was used to measure team effectiveness as a criterion indicator of the implementation of counselling competence, as well as the resources and mechanisms for its formation.

For the empirical operationalisation of consultative competence and related psychological mechanisms, a set of standardised techniques adapted to the Ukrainian-language context was used, which enabled comparative analysis between professional groups and further predictive and structural modelling. The criterion level of the study is represented by indicators of team interaction effectiveness as a behavioural indicator of implementing advisory competence in a multidisciplinary team. The explanatory level covered resources of professional resilience, communicative and organisational resources, socio-emotional competence,

cognitive and value regulators of readiness for change, dispositional personality characteristics and coping strategies for managing educational and professional stress.

Statistical analysis included testing intergroup differences, profile analysis, correlation and regression procedures, as well as structural path modelling to assess direct, indirect and moderating effects with bootstrap estimation of confidence intervals.

As a result of empirical analysis, profession-specific models of consultative competence development were established, within which team effectiveness is explained by different configurations of proximal mechanisms and "input" resources. The dominance of the organisational and coordination mechanism of future doctors in physical and rehabilitation medicine was revealed. In the group of future specialists in therapy and rehabilitation, a balanced contribution of socio-emotional and organisational mechanisms in explaining team effectiveness was established. The group of future clinical psychologists, demonstrated a leading role of the socio-emotional mechanism and the presence of a negative contour associated with maladaptive coping strategies that reduce the effectiveness of interaction. The analysis of the future social workers group allowed us to clarify the combination of socio-emotional and organisational mechanisms in the presence of a worldview resource that is systematically linked to the regulation of interaction and team effectiveness.

Within the empirical stage, statistically significant differences were found between the four professional groups in terms of team effectiveness indicators and psychological predictors of consultative competence. It was established that counselling competence manifests itself through the integral criterion of team effectiveness (TEQ) and is explained by a combination of proximal mechanisms SEC and COS and distal resources (in particular, PHS, coping, dispositional characteristics), with the specific weight of these blocks being professionally specific.

Based on Brief COPE-26, intergroup differences were identified on most scales (Kruskal–Wallis; Dunn–Holm). The greatest effects were found for "Religion" ($\epsilon^2(H)=.15$) and "Expression of feelings" ($\epsilon^2(H)=.14$), where social workers demonstrated the highest values among other groups. Differences in emotional and instrumental support ($\epsilon^2(H)=.13$ and $.11$) were confirmed: social workers are the highest, and FRM doctors are the lowest. It was clarified that clinical psychologists demonstrated higher "Planning" and "Acceptance" ($\epsilon^2(H)=.09$ and $.11$). For maladaptive strategies, the following was found: lower "Denial" in clinical psychologists, higher "Behavioural Avoidance" in social workers, lower "Self-blame" in clinical psychologists; for "Substance Use," no significant differences were found.

At the integral level, it was discovered that problem-focused coping is higher in clinical psychologists and lower in social workers; emotion-focused coping is higher in clinical psychologists and social workers compared to FRM doctors; avoidance is higher in social workers and lower in clinical psychologists compared to FRM doctors.

SEM/Path models in all groups have acceptable fit indices ($p>.05$ for χ^2 ; CFI \approx .958–.972; TLI \approx .938–.956; RMSEA \approx .041–.054; SRMR \approx .038–.045), confirming the correctness of the interpretation of direct, indirect, and moderating effects. It was demonstrated that, among future specialists in physical and rehabilitation medicine, the leading mechanism is the effect of communicative and organizational capacity on team interaction effectiveness, with an additional contribution of socio-emotional competence; moreover, worldview plasticity strengthens the association between communicative and organizational capacity and team interaction effectiveness. Among future specialists in therapy and rehabilitation, a balanced contribution of socio-emotional competence and communicative and organizational capacity to team interaction effectiveness was established, as well as a moderating role of worldview plasticity in the relationship between socio-emotional competence and team interaction effectiveness. In future clinical psychologists, the model is dominated by the effect of socio-emotional

competence on team interaction effectiveness, whereas maladaptive coping strategies exert both direct and indirect negative effects that are partially attenuated by worldview plasticity. At the same time, in future social workers, team interaction effectiveness is explained by the combined contribution of socio-emotional competence and communicative and organizational capacity, while worldview plasticity performs a system-forming role through its direct effect on socio-emotional competence, the moderation of its effect on team interaction effectiveness, and an additional partial direct effect on team interaction effectiveness itself.

The scientific novelty and theoretical significance is proved by the fact that for the first time the consultative competence of future specialists of multidisciplinary rehabilitation teams has been substantiated as an integrative psychological formation with common interprofessional mechanisms of implementation and professionally specific functional profiles; a normative and semantic comparison of the requirements for consultative actions in four trajectories of professional training has been carried out; a conceptual and empirical model has been developed in which the criterion level is represented by team effectiveness, and the explanatory level is structured as a system of distal resources, proximal mechanisms, and cognitive-value regulators. The content of proximal mechanisms of advisory competence has been clarified through the differentiation of socio-emotional and organisational-communicative channels, and four professionally specific models of their contribution into team performance have been compared. The empirical characterisation of the risk contour of the formation of consultative competence has been supplemented by establishing the negative indirect effects of maladaptive coping on team effectiveness.

The practical significance is in substantiating the possibilities of purposeful development of consultative competence in university programmes for training specialists in multidisciplinary rehabilitation, in defining team effectiveness as an applied integral criterion for developing consultative competence in educational and practical formats, as well as in the possibility of using the results to

work out standardised procedures to assess consultative behaviour, structure feedback and plan educational interventions, taking into account profession-specific mechanisms.

Keywords: counselling competence, multidisciplinary rehabilitation team, rehabilitation, rehabilitation potential, inter-teaminteraction, integrated care model, modelling, professional standard, work functions, professional assessment, counselling, team effectiveness, socio-emotional competence, communicative and organisational resource, personality factors, resilience, professional hardiness, professional competence, competence psychometrics, coping behaviour, stress, adaptive mechanisms, worldview flexibility.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА, ЩО ВІДОБРАЖАЮТЬ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України

Фахові статті категорії В:

- Жильцов, А. (2025). Консультативна діяльність як чинник формування компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд. *Наукові Перспективи (Naukovì Perspektivi)*, 10(64). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-10\(64\)-1433-1446](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-10(64)-1433-1446)
- Жильцов, А. (2025). Психологічне моделювання консультативної компетентності фахівців реабілітаційних команд. *Наукові Перспективи (Naukovì Perspektivi)*, 9(63). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-9\(63\)-1568-1581](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-9(63)-1568-1581)
- Жильцов, А. (2025). Консультативна компетентність як чинник формування іміджу фахівців реабілітаційної сфери. *Наукові Перспективи (Naukovì Perspektivi)*, 7(61). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-7\(61\)-1102-1113](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-7(61)-1102-1113)
- Zhylytsov, A. (2025). Structural-functions model of consultative competence in future specialists of multidisciplinary rehabilitation teams: a comparative empirical study. *Габітус*, 76, 418–424.
<https://habitus.od.ua/journals/2025/76-2025/73.pdf>

Фахова стаття у зарубіжному виданні, що індексується в Scopus:

- Harashchenko, L. V., Palamar, S. P., Litichenko, O. D., Zhelanova, V. V., Nezhyva, L. L., Sopova, D. O., & Zhylytsov, A. O. (2025). State of readiness for health behavior in the student youth. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*, 78(6), 1000–1006. <https://doi.org/10.36740/WLek/207356>

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ABSTRACT	9
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА, ЩО ВІДОБРАЖАЮТЬ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ	15
ВСТУП	19
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД	31
1.1. Мультидисциплінарні команди в реабілітаційній медицині: структура, функції та взаємодія фахівців для комплексного відновлення пацієнтів	32
1.2. Психологічні та організаційні детермінанти консультативної компетентності фахівців у мультидисциплінарній реабілітації	55
1.3. Психолого-педагогічні умови та чинники становлення консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд: аналіз нормативних вимог	71
Висновки до першого розділу	92
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД	95
2.1. Концептуальні засади емпіричного дослідження	95
2.2. Модель, мета, завдання і зміст емпіричного дослідження консультативної компетентності	102

2.3. Організація та процедури дослідження	102
2.4. Порівняльний аналіз складових консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд	121
Висновки до другого розділу	157
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД	162
3.1. Моделювання консультативної компетентності як інтегративного психологічного конструкта	162
3.2. Практичні рекомендації щодо організації освітнього процесу, зорієнтованого на розвиток консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд	184
Висновки до третього розділу	201
ВИСНОВКИ	207
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	211
ДОДАТКИ	246

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Консультативна компетентність майбутніх фахівців допомагаючих професій у контексті діяльності мультидисциплінарних реабілітаційних команд є актуальним завданням професійної підготовки. Контекст пролонгованої війни в Україні суттєво змінює систему реабілітації (Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я, 2021; Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, 2021), оскільки зростає частка складних поєднаних наслідків, зокрема психосоматичних, нейропсихологічних, соціальних. Так, воєнний стрес у цивільних корелює із проявами хронічної втоми та нейропсихологічними порушеннями (Matias et al., 2024; Lunov et al., 2024), що підвищує потребу в узгодженій роботі мультидисциплінарних команд і якості консультативної взаємодії. У дослідженнях на вибірках військовослужбовців узагальнено чинники перенавантаження роботи реабілітаційних служб та наголошується на координації системної допомоги (Kokun et al., 2024; Kokun, 2023) та міжсекторальній взаємодії, які загострюються війною та впливають на ефективність системи реабілітації (Шапошникова, 2024).

У сучасних підходах до реабілітації наголошується на необхідності міжпрофесійної взаємодії, узгодженості рішень і сформованості комунікативно-консультативних умінь, що забезпечують координацію плану втручань та підтримку пацієнт-орієнтованих цілей та персоналізованих реабілітаційних програм (Кравчук, 2025; Миндзів, 2025; Beamish et al., 2023; Gibson et al., 2024; Сак, 2025; Зарічнюк & Нестерчук, 2024). Зміст компетентностей, релевантних для реабілітаційних професій згідно з національними та міжнародними стандартами й дослідженнями, передбачає доказовість практики, професійне мислення, комунікацію та міждисциплінарну співпрацю, що загалом розглядаються як матриця вимог до професійної підготовки фахівців, діяльність яких передбачає командні

формати роботи (Бєлкова, 2024; Панок та ін., 2019; Швед, 2024; Beamish et al., 2023; Wade, 2020).

Окремі емпіричні дослідження засвідчують, що залученість до мультидисциплінарних командних форматів, зокрема участь у нарадах, міжпрофесійних консультаціях, клінічних обговореннях, висуває вимоги до поведінкових і комунікативних компетентностей, які не зводяться до суто предметних знань і умінь фахівців (Сігова, 2025; Міщук, 2025; Подаваленко, 2024; Горностай, 2025). Водночас в дослідженнях визначено бар'єри та фасилітатори навчання щодо міждисциплінарних взаємодій фахівців, до яких віднесено недостатність наставництва, обмеження часу, ієрархічність взаємодії, невпевненість здобувачів освіти, а також запит на додаткові формати тренування комунікативних дій, зокрема через симуляційні системи (Walraven et al., 2022; Шмалєй & Редька, 2024; Швець, Шаповал, 2024). У практико-орієнтованих дослідженнях команд з реабілітації досліджено зміщення від мультипрофесійної до більш інтегрованої співпраці після міждисциплінарних навчальних інтервенцій, що супроводжувалося змінами показників міжпрофесійної ідентичності та взаємодії (Drenth et al., 2023).

Українські дослідження відображають розвиток компетентнісної проблематики у підготовці фахівців реабілітаційного та соціально-психологічного профілю, зокрема через опис компонентної структури компетентності та критеріїв її сформованості (Kompanets, 2022). У роботах щодо професійної підготовки майбутніх реабілітологів обґрунтовано модель, що включає мотиваційно-ціннісний, когнітивний і діяльнісно-рефлексивний компоненти, а також підкреслено роль комунікативних умінь і рефлексії у професійному становленні (Компанець, 2023; Belkova & Kushniruk, 2024). Для майбутніх соціальних працівників проаналізовано фасилітативну компетентність як складову професійної компетентності, виокремлено її компоненти й продемонстровано результати емпіричного оцінювання рівнів сформованості (Стинська, 2024). Також висвітлено підходи до формування комунікативної компетентності майбутніх психологів і соціальних

працівників у зв'язку з вимогами професійної взаємодії та браком практичного досвіду під час навчання (Миколук, 2024). У роботах, що описують інтеграцію здобувачів освіти у роботу мультидисциплінарної команди під час реабілітації, показано можливість розширення практичних умінь і командної взаємодії в умовах клінічної практики (Андрійчук, 2022).

Водночас наявні дослідження не забезпечують достатньої емпіричної визначеності консультативної компетентності саме як цілісної інтегративно-психологічної конструкції у підготовці різних професійних груп, що планують роботу в мультидисциплінарних реабілітаційних командах. Попри наявні дослідження загальних характеристик командної взаємодії, окремих навичок (комунікація, фасилітація), ставлення до міжпрофесійної співпраці або опису освітніх інтервенцій, бракує системного визначення та подальшого зіставлення траєкторій розвитку майбутнього фахівця зі спеціальностей реабілітаційного профілю на етапі отримання кваліфікації. Окремою проблемою є недостатня розробленість питань регуляції міжпрофесійних меж відповідальності, координації рішень і етичних аспектів взаємодії в умовах клінічної практики, а також відмінностей у траєкторіях професійного навчання для медичних, психологічних і соціальних спеціальностей (McHenry et al., 2021; Drenth et al., 2023; Vaalburg et al., 2025). Це зумовлює необхідність дослідження психологічних особливостей консультативної компетентності в порівняльному дизайні майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів, соціальних працівників.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в межах комплексної теми науково-дослідної роботи кафедри практичної психології Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка «Психологічна підтримка ресурсного потенціалу особистості в мінливих умовах суспільного буття» (2021–2026 рр.) (державний реєстраційний номер 0121U112046). Тему дисертаційного

дослідження затверджено Вченою радою Київського столичного університету імені Бориса Грінченка (протокол № 9 від 28 жовтня 2021 року).

Об’єкт дослідження — консультативна компетентність як психологічний феномен.

Предмет дослідження — психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців з терапії та реабілітації, психологів і соціальних працівників для діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично визначити психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців для діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах, зокрема лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів, соціальних працівників.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять компетентнісний підхід до професійної підготовки та уявлення про компетентність як інтегративну характеристику, що поєднує знання, уміння, мотиваційно-ціннісні орієнтації та рефлексивні компоненти (Компанець, 2023). Враховано положення міжпрофесійної освіти та співпраці, які акцентують необхідність узгодження ролей і взаємодії представників різних спеціальностей у командних моделях надання допомоги (Beamish et al., 2023; McHenry et al., 2021). Додатково враховуються підходи до опису спроможностей у реабілітації фахівців різних спеціальностей, де мультидисциплінарна командність і біопсихосоціальна орієнтація розглядаються як релевантні вимоги до підготовки (Wade, 2020), а також концепції професійної ідентичності й рефлексивності у складних клінічних контекстах (Moll-Jongerius et al., 2025). Щодо фахівців із соціальної роботи методологічно значущими є підходи до фасилітативної компетентності як структурного компонента професійної компетентності та система критеріїв / показників її сформованості (Stynska, 2024; Moldovanov, 2024).

Загальнометодологічною базою дослідження є ресурсно-компетентнісний підхід (Н. М. Бібік, М. С. Головань, Н. В. Компанець, О. В. Овчарук, Д. МакКлелланд, А. Бімиш, Дж. МакГенрі), що інтегрує потенціал ресурсного (О. М. Кокун, Л. З. Сердюк, Н. В. Родіна, С. Мадді, С. Кобаса, Р. Лазарус, С. Фолкман, Ч. Карвер, С. Хобфолл) та компетентнісного (І. А. Клименко, О. М. Лозова, А. А. Шашенкова, В. В. Синявський, Б. О. Федоришин, Дж. Мейер, П. Селові, Д. Гоулман, Р. Бар-Он) підходів у психології та уможливорює встановлення зв'язків між проксимальними механізмами консультативної взаємодії та дистальними особистісними ресурсами, визначення детермінант і психологічних механізмів становлення консультативної компетентності в умовах міжпрофесійної командної діяльності.

Розробка проблеми психологічних особливостей консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд ґрунтується на засадах біопсихосоціальної моделі здоров'я і реабілітації (О. В. Аравіцька, Л. І. Попович, І. С. Новакова, О. В. Отрошко, Дж. Енгель, Д. Вейд, Т. Біккенбах), концепціях міжпрофесійної освіти й командної співпраці (Л. Стинська, В. Молдованов, М. А. Губенко, С. Рівз, Х. Барр, Дж. Тістлвейт, С. Гібсон, А. Валравен), теоріях командної ефективності та консультативної взаємодії (І. А. Клименко, А. Б. Каряка, І. Вербовська, О. Кравченко, Е. Салас, Дж. Гакман, Р. Белбін), положеннях транзакційної теорії стресу і копінг-поведінки (Н. В. Родіна, Л. З. Сердюк, О. М. Кокун, Р. Лазарус, С. Фолкман, Ч. Карвер), теоріях професійного становлення, ідентичності та рефлексивної практики (С. Д. Максименко, Г. С. Костюк, М. Молль-Йонгеріус, Д. Шьон, Дж. Мезіров), а також на методологічних засадах сучасної психометрії та структурного моделювання психологічних конструктів (Н. В. Родіна, В. Є. Луньов, Е. Гейс, Б. Бьорн, Л. Фіделл, Д. Путнік).

Завдання дослідження

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз консультативної компетентності, узагальнити підходи до її структури й детермінант в контексті мультидисциплінарної реабілітації.

2. Здійснити аналіз функціонування міждисциплінарних реабілітаційних команд, узагальнивши підходи до їх формування, організації взаємодії, супервізійного забезпечення та підготовки майбутніх фахівців до командної роботи.

3. Розробити концепцію і дизайн емпіричного дослідження консультативної компетентності у здобувачів освіти — майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів, соціальних працівників.

4. На підставі емпіричного дослідження створити моделі консультативної компетентності у майбутніх лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів і соціальних працівників.

5. Узагальнити психолого-педагогічні умови професійної підготовки майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд та сформулювати практичні рекомендації для едукативних та тренінгових програм щодо консультативної компетентності.

Методи дослідження:

— *теоретичні*: аналіз та синтез, систематизація поглядів та підходів до консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд; узагальнення змісту нормативно-правової бази, зокрема освітньо-професійних програм та професійних стандартів, що регулюють професійну підготовку та професійну діяльність фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд;

— *емпіричні*: опитувальник *Team Effectiveness Questionnaire* (україномовна версія І. А. Клименка) — для вимірювання інтегральної ефективності командної взаємодії як

критеріального показника реалізації консультативної компетентності в мультидисциплінарній команді; *Опитувальник професійної життєстійкості* (О. Кокун) — для оцінювання ресурсу професійної стійкості й саморегуляції в умовах навчально-професійних навантажень, що пов'язаний із результативністю командної взаємодії; *методика «Оцінка комунікативних і організаторських схильностей (КОС)»* (В. В. Синявський, Б. О. Федоришин) — для визначення комунікативно-організаторського ресурсу як проксимального механізму ініціювання, структуризації та координації взаємодії в команді; *опитувальник «Соціо-емоційна компетентність»* (А. Шашенкова, 2023) — для вимірювання соціо-емоційних механізмів регуляції взаємодії, що забезпечують консультативну поведінку та узгодження рішень у команді; *Опитувальник світоглядної пластичності особистості* (К. М. Грузинова, 2022) — для оцінювання когнітивно-ціннісної готовності до прийняття альтернативних позицій і змін у командних рішеннях як потенційного регулятора реалізації консультативної компетентності; *California Psychological Inventory, CPI / CPI-U* (Н. Gough; укр. адаптація В.І. Барко та ін., 2022) — для діагностики диспозиційних особистісних характеристик, пов'язаних із міжпрофесійною взаємодією, самоконтролем і мотиваційною налаштованістю; *Brief COPE-26* (україномовна адаптація та онлайн-модифікація й адаптація Алексіної Н. та ін., 2024.) — для оцінювання копінг-стратегій як способів подолання стресу, що пов'язані з продуктивністю консультативної поведінки та ефективністю командної взаємодії.

Статистичний аналіз включав описову статистику, міжгрупові порівняння з корекцією множинності, кореляційний аналіз, ієрархічну множинну регресію, модераційні моделі з інтеракційними термінами та

SEM/Path із оцінюванням придатності моделей і bootstrap-оцінкою непрямих ефектів; результати інтерпретувалися з урахуванням розмірів ефекту та довірчих інтервалів. Для статистичної обробки результатів емпіричного дослідження використовувався програмний засіб SPSS 26.

Організація дослідження. У дослідженні взяли участь здобувачі вищої освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, майбутні фахівці з терапії та реабілітації), Міжнародного класичного університету імені Пилипа Орлика (майбутні фахівці з терапії та реабілітації, майбутні клінічні психологи), Київського столичного університету імені Бориса Грінченка (майбутні фахівці з терапії та реабілітації, майбутні соціальні працівники), Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (майбутні клінічні психологи). Сформовано чотири групи: (1) майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини ($n=52$); (2) майбутні фахівці з терапії та реабілітації ($n = 60$); (3) майбутні клінічні психологи ($n = 60$); (4) майбутні соціальні працівники ($n = 58$). Дизайн передбачає порівняльний аналіз показників, що вимірюють компетентність в контексті готовності до діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах.

Наукова новизна та теоретичне значення

Уперше:

— консультативну компетентність майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд обґрунтовано як інтегративне психологічне утворення, що має спільні міжпрофесійні механізми реалізації та водночас професійно-специфічні функціональні профілі;

— здійснено нормативно-сміслові зіставлення вимог до консультативних дій у чотирьох траєкторіях професійної підготовки, що дає змогу операціоналізувати консультативну компетентність не як суму комунікативних навичок, а як механізм забезпечення командних рішень, координації ролей і етичної якості взаємодії;

— розроблено концептуально-емпіричну модель дослідження консультативної компетентності, у якій критеріальний рівень представлено інтегральним показником ефективності командної взаємодії, а пояснювальний рівень структуровано за логікою дистальних ресурсів, проксимальних психологічних механізмів і когнітивно-ціннісних регуляторів реалізації компетентності в команді;

— уточнено зміст проксимальних механізмів консультативної компетентності через диференціацію соціо-емоційного каналу та комунікативно-організаційного каналу, що забезпечило методологічну можливість перевірки їхнього відносного внеску в командну результативність у різних професійних групах;

- зіставлено чотири професійно-специфічні моделі консультативної компетентності на основі структурного моделювання шляхів із оцінюванням прямих, непрямих і модераційних ефектів; встановлено, що у майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини домінує організаційно-координаційний механізм підвищення командної ефективності; доведено збалансований внесок соціо-емоційного та організаційного механізмів у групі майбутніх фізичних терапевтів; виявлено домінування соціо-емоційного механізму в групі майбутніх клінічних психологів із додатковим негативним контуром, пов'язаним із дезадаптивними стратегіями подолання; уточнено специфіку моделі майбутніх соціальних працівників як поєднання соціо-емоційного та організаційного механізмів за наявності світоглядного ресурсу, який має системоутворювальне значення для консультативної поведінки в міжсистемній координації.

Теоретичне значення. Уточнено теоретичний статус командної ефективності як критеріального індикатора консультативної компетентності, що дає змогу узгодити психологічне трактування компетентності з логікою командних процесів у реабілітації та забезпечити методологічний перехід від декларативних описів до вимірюваних моделей пояснення. Розширено

пояснювальну рамку консультативної компетентності завдяки інтеграції ресурсів стійкості, стратегій подолання та індивідуально-психологічних характеристик у єдину модель, що підвищує теоретичну цілісність аналізу професійних відмінностей у консультативній поведінці.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що на їх основі обґрунтовано та конкретизовано можливості цілеспрямованого розвитку консультативної компетентності здобувачів освіти в університетських програмах підготовки фахівців для мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Визначено, що ефективність командної взаємодії може використовуватися як прикладний інтегральний критерій сформованості консультативної компетентності у навчально-практичних форматах, що дає змогу переходити від загальних описів комунікації до стандартизованого оцінювання результативності консультативної поведінки в команді.

Запропоновані підходи до оцінювання консультативної поведінки в команді можуть слугувати підґрунтям для розроблення стандартизованих рубрик і чек-листів спостереження в практичній підготовці, що забезпечує уніфікацію вимог, прозорість зворотного зв'язку та порівнюваність результатів між закладами освіти. У сукупності практичні результати створюють основу для підвищення ефективності університетської підготовки майбутніх фахівців мультидисциплінарної реабілітації завдяки адресному розвитку психологічних механізмів консультативної компетентності та зниженню ризиків, пов'язаних із дезадаптивними стилями подолання і недостатністю ресурсів саморегуляції.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні положення та емпіричні результати дисертаційного дослідження були впроваджені в освітню діяльність Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (довідка від 19.01.2026 № 371), Міжнародного класичного університету імені Пилипа Орлика (довідка від 24.12.2025 № 245/01/25), Київського столичного університету імені Бориса Грінченка (довідки від 27.04.2026 № 124, від 05.05.2026 № 131), Одеського національного

університету імені І. І. Мечникова (довідка від 19.01.2026 № 371), Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка (довідка від 30.04.2026 № 1007), ПВНЗ «Інститут екології, економіки і права» (довідка від 28.04.2026 № 30) та в роботу Медичного центру «Наркологічна клініка Пальміра» (довідка від 28.04.2026).

Результати дослідження були презентовані під час наукових конференцій:

— V Міжнародної науково-практичної конференції Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського до 80-х роковин з дня смерті провідного науковця та засновника Таврійського національного університету Володимира Івановича Вернадського, м. Київ — Львів — Торунь, 26 березня 2025 р.

— Науково-практичної конференції, присвяченої 160-річчю Одеського національного університету імені І.І.Мечникова «Психологічне благополуччя та ментальне здоров'я в умовах невизначеності», м. Одеса, 07 квітня 2025 р.

— V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», м. Полтава, 03 жовтня 2025 р.

— I Науково-практичної конференції здобувачів наукового ступеня доктора філософії (PhD) «Соціономічні студії», м. Полтава, 06 листопада 2025 р.

Публікації. Зміст та результати дослідження відображено у 5 публікаціях, з яких 4 статті — у наукових фахових виданнях категорії Б, затверджених МОН України, 1 стаття — у зарубіжному фаховому виданні, що індексується наукометричною базою Scopus.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, переліку використаних джерел, що нараховує 269 джерела (з яких 181 іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації становить 272 сторінки, з яких 192 сторінки основного тексту. Робота містить 39 таблиць, 8 рисунків.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

У розділі обґрунтовано теоретико-методологічні засади консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Показано, що команда є гнучкою системою, яка поєднує клінічні, психологічні та соціальні компетентності для досягнення інтегрованого результату відновлення. Розкрито логіку формування складу команди залежно від клінічного профілю, окреслено провідні функції та інтерфейси взаємодії лікаря ФРМ, фізичного терапевта, психолога й соціального працівника. Систематизовано рівні міжпрофесійної комунікації (оперативний, планувальний, стратегічний, кризовий) та їхній внесок у своєчасну корекцію плану. Проаналізовано відмінності командної роботи при гострих і хронічних станах, а також бар'єри функціонування (кадровий дефіцит, комунікаційні збої, дефіцит міжпрофесійних навичок, інерція ієрархічних моделей) і напрями подолання. Консультативну компетентність визначено як інтегративний конструкт, що включає етичну, комунікативну та координаційну складові у взаємодії «фахівець — пацієнт / родина» і «фахівець — команда». Виокремлено її компоненти (когнітивний, операційний, рефлексивний, ціннісний) та індикатори емпіричної верифікації (кейс-завдання, спостереження у симуляціях, чек-листи, супервізійні оцінки). Окреслено етапи компетентності (початково-теоретичний, адаптаційний, продуктивний, інтегративний, професійної зрілості) і освітні механізми розвитку (рольові моделювання, командні розбори, міжпрофесійні модулі, симуляційні тренінги). Показано, що професіогенез і професійна свідомість фахівця виступають передумовами стабільної консультативної поведінки та узгодженості командних рішень, що створює підґрунтя для подальшої операціоналізації конструкта в емпіричному розділі роботи далі.

1.1. Мультидисциплінарні команди в реабілітаційній медицині: структура, функції та взаємодія фахівців для комплексного відновлення пацієнтів

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда в сучасних дослідженнях розглядається як організована група фахівців різних профілів, які співпрацюють з метою досягнення єдиного терапевтичного результату, підтримуючи пацієнта на всіх етапах його відновлення. Варто зазначити, що як в дослідженнях, так і в практичних керівництвах паралельно вживаються поняття «мультидисциплінарна», «міждисциплінарна» та «міжпрофесійна» моделі взаємодії, які не є синонімами. Мультидисциплінарна модель передбачає паралельну роботу фахівців із незалежними планами втручання і переважно формальним обміном інформацією. Міждисциплінарна модель характеризується спільним плануванням і регулярною координацією, тоді як транс- або міжпрофесійна — розмитістю рольових меж і спільним прийняттям рішень на рівноправній основі (Körner, 2010; Reeves et al., 2017). У межах цього дослідження термін «мультидисциплінарна команда» (МДК) вживається як родове поняття, що охоплює всі три моделі, якщо контекст не потребує їх розмежування.

Визначається, що головний принцип такої взаємодії полягає у поєднанні предметно-клінічних, психологічних та соціальних компетентностей для побудови цілісної моделі допомоги.

В. Брич та М. Дуб (2023) у своїх дослідженнях зазначають, що робота реабілітаційної команди вибудовується поетапно. Відмінною рисою мультидисциплінарної команди є її структурна гнучкість. На практиці склад колективу визначається індивідуальними потребами пацієнта, а також поставленими цілями реабілітації. Так, при роботі з пацієнтами після інсульту ядро команди може включати лікаря-невролога, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога й соціального працівника. Інший випадок — реабілітація після ортопедичних

операцій — може вимагати більшої участі спеціаліста з лікувальної фізкультури та дієтолога (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Варіативність складу мультидисциплінарної команди
залежно від клінічного профілю пацієнта**

Клінічний профіль / задача реабілітації	Ядро команди (обов'язкові ролі)	Ролі, що частіше підсилюють команду	Логіка формування складу
Після інсульту (неврологічний профіль)	лікар-невролог; лікар ФРМ; фізичний терапевт; ерготерапевт; психолог; соціальний працівник	за потреби: логопед; медична сестра реабілітаційного профілю; дієтолог	склад визначається потребами пацієнта та цілями відновлення, з акцентом на рухові, когнітивні, емоційні й соціальні наслідки
Після ортопедичних операцій (ортопедо-травматологічний профіль)	лікар ФРМ; фізичний терапевт (за наявності показань); ерготерапевт; психолог; соціальний працівник	спеціаліст з лікувальної фізкультури; дієтолог; ортопед-травматолог (консультативно)	посилюється блок, орієнтований на фізичні параметри відновлення, контроль навантаження, режим харчування, повернення до самообслуговування й побутової автономності
Post-acute care / перехідні моделі після виписки	лікар ФРМ; фізичний терапевт; психолог; соціальний працівник	координатор сервісів; фахівці амбулаторної ланки; телереабілітаційні консультанти	пріоритетом є безперервність втручань та узгодження стаціонарних і амбулаторних сервісів для збереження ефектів
Комплексне відновлення як інтегрований результат	усі базові ролі залежно від профілю	змінні ролі під запит	«структурна гнучкість» команди забезпечує відповідність індивідуальним потребам, а не фіксованому штатному переліку

Колективний формат роботи ґрунтується на міжпрофесійній комунікації. Відповідно, важливе місце займають регулярні командні зустрічі для обговорення поточного прогресу та корекції планів лікування. Однією з концептуальних ознак мультидисциплінарної взаємодії є інтеграція підходів до оцінки результатів реабілітації. Так, наприклад, фізичний терапевт може

вказати на позитивну динаміку рухових функцій, тоді як психолог помітить стабілізацію емоційного стану пацієнта, а соціальний працівник зафіксує його активніше залучення до громадського життя. Лише поєднання цих компонентів дає справжнє уявлення про загальний успіх програми відновлення. Без комплексного аналізу даних існує ризик оцінити ефективність лише в одній площині, залишивши поза увагою інші важливі аспекти якості життя пацієнта.

Міжнародний досвід показує, що визначення мультидисциплінарної команди нерозривно пов'язане з культурою закладу та законодавчими рамками відповідної країни. У системах охорони здоров'я з жорсткою ієрархічною структурою лікар реабілітаційної медицини часто виступає формальним керівником процесу й приймає остаточні рішення. Натомість у більш гнучких моделях кожен фахівець зберігає автономність у своїй сфері, а питання стратегічного планування вирішуються консенсусом на рівноправній основі. Ця відмінність має безпосередній вплив на те, яким чином команда реагує на непередбачувані випадки та адаптує план лікування в реальному часі.

Перші моделі медичних команд почали формуватися в умовах, коли взаємодія між лікарями та іншими медичними працівниками мала радше характер епізодичних консультацій, ніж систематичної співпраці. Це було пов'язано з тим, що ранні підходи до організації лікувального процесу переважно спиралися на вертикальну ієрархію, де головний лікар або вузький фахівець приймав усі ключові рішення, а інші учасники виконували певні допоміжні функції. Такі структурні моделі обмежували можливості інтеграції різних точок зору у план лікування й нерідко призводили до неузгодженостей між окремими напрямками медичного втручання. У контексті реабілітації перші спроби залучити кількох спеціалістів до спільної роботи проявлялися у формі консилиумів. Така модель частково враховувала мультифакторність процесу одужання, але залишала без уваги постійну координацію дій та розподіл відповідальності. Через це ефективність у складних випадках була нижчою, навіть при наявності якісних рекомендацій від суміжного фахівця їх втілення

залежало від пріоритетів основного лікаря, а не від колективного бачення. З часом виявилось, що для спектру завдань, які ставить перед собою реабілітація, від фізичної стабілізації пацієнта до його соціальної інтеграції, потрібна ширша та більш синхронізована командна взаємодія (Примачок, 2019).

У першій половині XX століття у військових госпіталях та великих міських клініках почали з'являтися бригади (Ghanbari & Bazrafkan, 2023), робота яких координувалася через конкретний центр управління, а комунікація між спеціалістами поза межами офіційних звітів була доволі обмеженою. Спеціалізовані корпуси того часу також були раннім варіантом командної форми. Тут були присутні лікарі різних спеціальностей і допоміжний персонал, проте розподіл завдань лишався жорстко закріпленим за професійною належністю. Однак у таких моделях бракувало механізмів глибокої інтеграції даних про стан пацієнта.

Щодо першої організаційної інтеграції. У дослідженнях зазначено, що саме перехід від вертикальних до горизонтальних моделей вплинув на швидкість реакції команди на зміни у стані пацієнта (Körner, 2010; Neumann et al., 2010). У практичній імплементації це означало, що замість передавання інформації через кілька рівнів менеджменту клінік та лікувальних закладів було запроваджено регулярні збори всіх учасників процесу. Як пізніше це було систематизовано в оглядах, такий підхід давав змогу своєчасно коригувати план реабілітації завдяки одночасному врахуванню клінічних і психосоціальних чинників (Hustoft et al., 2018). Практика командних симуляцій виникла пізніше як реакція на потребу узгоджувати дії у критичних ситуаціях. Хоча спершу такі тренінги застосовувалися переважно у сфері невідкладної медицини, поступово вони поширилися і на реабілітаційні установи (Sezgin & Bektas, 2023).

Водночас слід зазначити певну інерцію старих підходів навіть після впровадження перших командних форматів, що є вкрай актуальним в Україні. Частина фахівців сприймала мультидисциплінарність як додаткову послугу, а не як повноцінну координацію чи взаємодію фахівців на постійній основі

(Doornebosch et al., 2022). Автори досліджень з історії командної роботи наголошують, що першими успішними прикладами можна назвати ті установи, де члени команди справді мали нагоду працювати поруч фізично й брати участь у спільному ухваленні рішень щодо пацієнтів (Wade, 2024). Саме ці моделі заклали основу того формату співпраці, який сьогодні розглядається як мультидисциплінарна команда в реабілітаційній медицині.

Зміна концепцій реабілітації має тісний зв'язок із розвитком мультидисциплінарної взаємодії у колективах (Goudman et al., 2024). Якщо ранні підходи обмежувалися зосередженням на фізичних аспектах відновлення, то поступова інтеграція психологічних і соціальних компонентів зробила процес більш комплексним. Перехід від вузькоспеціалізованих моделей до мультидисциплінарних структурував не лише ролі учасників, а й саму логіку реабілітаційного процесу. У перші десятиліття після Другої світової війни в багатьох країнах акцент робився переважно на фізичній реабілітації ветеранів і постраждалих, з мінімальним включенням психоемоційної підтримки. Проте накопичений досвід показав, що стан пацієнта суттєво залежить від здатності адаптуватися до нових життєвих умов, а це неможливо без урахування психосоціальних факторів (Goudman et al., 2024). Поступові зміни стали помітними у великих клінічних центрах, де до роботи почали залучати психологів та соціальних працівників не епізодично, а як постійних членів команди (Rathore et al., 2024; Reeves et al., 2017). Ця трансформація була спричинена усвідомленням того, що рухова чи сенсорна функція може бути відновлена технічно успішно, але без психологічної стійкості пацієнт з високою ймовірністю не інтегрується у суспільство належним чином. Саме тому стали впроваджуватись моделі цілісного підходу, де терапевтичний план охоплює фізичну стабілізацію, корекцію психоемоційного стану та вирішення соціально-побутових питань.

Водночас залишались труднощі, передусім щодо питання узгодження пріоритетів між покращенням фізичних показників та довготривалими програмами психологічної підтримки або соціальної адаптації. У міру того як

збільшувалася тривалість життя та змінювалася структура захворювань, концепції реабілітації пристосовувалися до потреб хронічних пацієнтів. З'явилися підходи тривалої підтримки після гострих епізодів хвороби — так звані моделі «post-acute care». Вони передбачали безперервність втручання навіть після виписки зі стаціонару через координацію лікарняних та амбулаторних сервісів (Grund et al., 2020; Lammila-Escalera et al., 2022).

У таких програмах симуляційні сценарії майже завжди включали елементи критичних ситуацій, до яких часто належала умовна раптова зміна стану пацієнта, що вимагала швидкої реакції всієї групи (Sezgin & Bektas, 2023). Це створювало основу для майбутньої узгодженості в клінічній роботі та зменшувало ризик конфліктів через нерозуміння ролей. Не менш важливою стала еволюція лідерства в мультидисциплінарних командах. Від жорсткого адміністрування перейшли до моделі підтримувального лідерства, коли головуючий член команди активніше слухає колег та сприяє реалізації їхніх ідей замість дублювання чи придушення ініціативи інших учасників (Uddin et al., 2022), звідси перехід до підтримувальних моделей координації (Uddin et al., 2022) виявляється обґрунтованим.

Еволюція концепцій реабілітації також асоціюється з переходом до пацієнт-орієнтованого планування (Karhula et al., 2021). Якщо раніше план будувався виходячи саме із медичних показників, сьогодні він враховує уподобання пацієнта, його мотивацію та готовність брати участь у процесі відновлення (Leonardi & Fheodoroff, 2021). Це потребує глибокого співробітництва психолога та соціального працівника з рештою команди для виявлення тих факторів, що можуть вплинути на виконання рекомендацій, наприклад, страх пацієнта перед болем при вправляннях або недоступність потрібного обладнання вдома.

Розподіл ролей і обов'язків у мультидисциплінарній реабілітаційній команді визначає ефективність спільної діяльності та якість результатів допомоги пацієнту (табл. 1.2). Слід зазначити, що розподіл ролей і обов'язків у мультидисциплінарній реабілітаційній команді визначає ефективність

спільної діяльності та якість результатів допомоги пацієнту. В Україні склад та функції МДК регламентуються Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020, ст. 18) та Типовим положенням про мультидисциплінарну реабілітаційну команду (КМУ, 2021). Варто додати, що відповідна систематизація знаходить додаткову аргументацію також у низці досліджень (Singh et al., 2018; Freymüller et al., 2024; Geese & Schmitt, 2023).

Таблиця 1.2

**Функції, відповідальність і ключові інтерфейси взаємодії
основних членів мультидисциплінарної команди**

Фахівець	Провідна функція в команді	Типові завдання	Ключові точки взаємодії з іншими	Очікуваний внесок у інтегрований результат
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ)	координація й забезпечення цілісності процесу	комплексна оцінка; визначення клінічних цілей; інтеграція даних команди; ініціація перегляду плану	з усіма членами команди під час планування та ревізії; забезпечення узгодженості графіку втручань	медична безпека, послідовність втручань, синхронізація ресурсів і пріоритетів
Фізичний терапевт	відновлення / підтримка рухових функцій	індивідуальна програма вправ; контроль виконання; поступове ускладнення; оцінка функціонального стану	з лікарем ФРМ щодо меж навантаження; з психологом щодо мотивації / страху болю; із соціальним працівником щодо умов удома	функціональна мобільність, витривалість, профілактика ускладнень, підготовка до виписки
Психолог	психоемоційна стабілізація, консультативний супровід команди	оцінка стану; індивідуальні втручання; ідентифікація бар'єрів; рекомендації щодо комунікації; прогноз реакцій	з фізичним терапевтом щодо адаптації занять; з лікарем щодо прийнятності процедур; із соціальним працівником щодо сімейних / контекстних ризиків	підвищення прихильності до реабілітації, зниження тривожності, підсилення саморегуляції

Фахівець	Провідна функція в команді	Типові завдання	Ключові точки взаємодії з іншими	Очікуваний внесок у інтегрований результат
Соціальний працівник	соціальна інтеграція та ресурси поза закладом	оцінка соціальних потреб; координація з інституціями; правові консультації; планування середовищних модифікацій	з усіма щодо реалістичності рекомендацій; з психологом щодо сімейних / соціальних стресорів	сталість результатів після виписки, автономність, зменшення соціальних бар'єрів
Ерготерапевт (якщо залучений)	відновлення повсякденного функціонування	тренування самообслуговування; адаптація діяльності; підбір допоміжних засобів	з фізичним терапевтом щодо функціонального переносу; із соціальним працівником щодо домашніх умов	практична реалізація функціональних змін у повсякденному житті

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини зазвичай виконує координаційну роль. Він відповідає за комплексну оцінку стану пацієнта, формулює медичний діагноз у межах власної спеціалізації та визначає загальні клінічні цілі лікування. Процес планування реабілітації включає інтеграцію даних від інших учасників команди й побудову графіку втручань з урахуванням їхнього внеску. Лікар також ініціює перегляд плану при зміні стану хворого або появі нових обставин. Водночас його функція полягає у забезпеченні цілісності терапевтичного процесу, але не в придушенні автономних рішень колег. Фізичний терапевт концентрується на завданнях відновлення рухових функцій, координації та сили пацієнта. Його обов'язки включають складання індивідуальної програми фізичних вправ, контроль виконання та поступове її ускладнення. Для цього він має тісно співпрацювати з лікарем щодо безпечних меж навантаження, а з психологом — щодо мотивації і подолання страху перед рухом чи болем. Також важлива комунікація із соціальним працівником для врахування

доступності необхідних умов удома чи в громадських місцях після виписки. Роль психолога виходить за межі прямої роботи з пацієнтом. Окрім індивідуальних сеансів для стабілізації емоційного стану, він консулює команду щодо можливих бар'єрів у прийнятті терапії та прогнозує реакцію хворого на ті чи інші втручання. Психолог формулює рекомендації про адаптацію комунікаційних моделей усередині колективу під потреби конкретного випадку; наприклад, якщо пацієнт виявляє низьку довіру до медичних процедур, це може вплинути на порядок їх проведення. Соціальний працівник відповідає за соціальний компонент реабілітації, організацію підтримки поза межами медзакладу, пошук ресурсів для забезпечення побутових потреб та консулювання щодо правових питань. Він координує взаємодію між пацієнтом і різними інституціями (соціальні служби, місцеве самоврядування) та працює над розвитком автономності клієнта в повсякденному житті. Для цього важливо отримувати інформацію від інших членів команди про фізичні й психологічні можливості пацієнта. Між професіями існують перехрещені сфери відповідальності. Наприклад, під час кризових ситуацій усі члени команди можуть брати участь у негайному реагуванні незалежно від звичних функцій. Це можливо лише за умови попередніх тренувань із розподілом ролей на випадок таких сценаріїв.

Міжпрофесійна комунікація у мультидисциплінарних реабілітаційних командах визначає не лише швидкість прийняття рішень, але й глибину інтеграції різних точок зору в лікувальний процес (*табл. 1.3*). Механізм міжпрофесійної комунікації має бути багаторівневим: базовий рівень, передача клінічної інформації про стан пацієнтів, зміни в їхньому фізичному чи психологічному статусі та корегування плану втручань на основі цих даних.

Таблиця 1.3

**Рівні міжпрофесійної комунікації та координації
в мультидисциплінарній реабілітаційній команді**

Рівень комунікації	Зміст обміну	Типові формати (за текстом)	Учасники	Результат рівня
Базовий (оперативний)	клінічна інформація; зміни фізичного / психологічного статусу; корекція поточного плану	короткі узгодження; щоденна передача даних; внутрішні канали зв'язку	лікар ФРМ, фізичний терапевт, психолог, соціальний працівник (за потреби інші)	швидкість реакції та мінімізація «втрати деталей»
Тактичний (планувальний)	узгодження короткострокових цілей; розподіл завдань; синхронізація графіку втручань	регулярні командні зустрічі; обговорення прогресу	вся команда	погоджений план, зрозумілі ролі, контроль виконання
Стратегічний (довгостроковий)	довгострокові цілі, включно із соціальною інтеграцією; план після виписки	розширені засідання; міжсекторні контакти	Команда, зовнішні сервіси (за потреби)	безперервність втручань, реалістичність цілей у контексті життєвих умов
Кризовий (ситуаційний)	реагування на непередбачувані події; швидкий перерозподіл ролей	протоколи реагування; симуляційні тренінги; алгоритми	вся команда	зниження ризиків, узгодженість дій «у реальному часі»

Другий рівень полягає в стратегічному обговоренні довгострокових цілей реабілітації (Karhula et al., 2021; Leonardi & Fheodoroff, 2021). Роль соціального працівника на цьому рівні слід вважати ключовою (Freymüller et al., 2024; Lammila-Escalera et al., 2022), оскільки саме врахування умов життя хворого (Wade, 2024; Hustoft et al., 2018) дає змогу оцінити наявні ресурси останнього.

Координація у мультидисциплінарній реабілітаційній команді є тією функцією, яка забезпечує узгодженість та послідовність усіх лікувальних і супровідних заходів (O'Sullivan et al., 2025; Kongkar et al., 2025). Так, планування та проведення фізичних вправ у межах реабілітації вимагає від

фізичного терапевта не лише технічних знань про біомеханіку рухів чи методи відновлення, але й здатності інтегрувати свої дії з роботами інших членів команди (Geese & Schmitt, 2023). На етапі планування він отримує вихідні дані від лікаря реабілітаційної медицини про загальні клінічні цілі та допустимі межі навантаження для конкретного пацієнта (Wade, 2024; Riis-Djernæs et al., 2021). Це дає змогу сформувати безпечну програму фізичних вправ, яка поступово адаптується залежно від стану хворого. Важливим є врахування психологічних аспектів.

Так, за рекомендаціями психолога можна коригувати інтенсивність або формат занять, щоб уникнути додаткового стресу чи мотиваційного спаду (Craner et al., 2022; Svanholm et al., 2023). Розробка програми фізичних вправ починається з оцінки вихідних функціональних можливостей пацієнта, аналізуються амплітуда рухів, м'язова сила, координація, витривалість і рівень больових відчуттів (Geese & Schmitt, 2023; Kongkar et al., 2025).

Після формування базового профілю можливостей встановлюються короткострокові та довгострокові цілі (Karhula et al., 2021). Короткострокові можуть стосуватися, наприклад, відновлення здатності самостійно пересуватись на короткі дистанції; довгострокові — повернення до активної участі в професійній діяльності чи спорті. Вибір вправ визначається спрямованістю на певні групи м'язів та функціональні завдання. Наприклад, після ортопедичних операцій перевага може надаватися вправам на зміцнення квадрицепсів та покращення стабільності колінного суглоба. При неврологічних порушеннях акцент робиться на вправах для балансування й координації рухів. Тут важливим стає поєднання пасивних та активних методів, зокрема пасивна мобілізація суглобів під контролем терапевта слугує підготовкою до більш складних активних рухів (De Groef et al., 2021). Проведення фізичних вправ здійснюється із постійним контролем реакцій організму пацієнта (Kongkar et al., 2025). Етичний вимір роботи фізичного терапевта полягає в тому, щоб забезпечити добровільність виконання кожної

вправи та інформованість пацієнта про ризики й користь конкретного методу (Doornebosch et al., 2024).

Оцінка функціонального стану пацієнта є ключовим компонентом роботи фізичного терапевта, адже саме від її результатів залежить точність індивідуальної програми реабілітації та своєчасність корекцій у процесі лікування (Geese & Schmitt, 2023; Riis-Djernæs et al., 2021). Вона починається з детального збору анамнезу й клінічних даних, отриманих від лікаря реабілітаційної медицини, які включають не лише медичні діагнози, але й інформацію про допустимі межі навантажень. До цього додаються відомості, передані психологом щодо емоційного стану пацієнта та його мотиваційної готовності до занять, а також зауваження соціального працівника про умови проживання, доступність допоміжного обладнання чи потенційні побутові ризики (Hustoft et al., 2018; Karhula et al., 2021). Практична оцінка починається з вимірювання базових фізичних параметрів, сили м'язів окремих груп, амплітуди рухів у суглобах, витривалості та координації. Використовуються стандартизовані тести й шкали, наприклад, для визначення балансу або швидкості пересування (Flegge et al., 2022; Liechti et al., 2023). Подібна стандартизація дає змогу проводити об'єктивне порівняння динаміки стану під час повторних вимірювань.

Отримані дані інтегруються у міжпрофесійну комунікацію: результати первинної оцінки обговорюються з усією командою для узгодження пріоритетів реабілітації (Hustoft et al., 2018; Cadet et al., 2023). Якщо психолог повідомляє про страхи пацієнта щодо певних рухів або вправ, це враховується при формуванні плану — іноді доцільніше почати зі спрощених варіантів завдань для поступового підвищення впевненості хворого (Oddli et al., 2021; Craner et al., 2022). Зі свого боку соціальний працівник може вказати на бар'єри у домашньому середовищі, що впливатиме на вибір вправ для підготовки до виписки (Freymüller et al., 2024; Dimla et al., 2023).

Психологічна підтримка пацієнтів у мультидисциплінарній реабілітаційній команді є не просто допоміжним елементом, а складовою, що

здатна істотно вплинути на успіх усієї програми відновлення (Ghafouri et al., 2023; Craner et al., 2022). На відміну від більш технічних і структурованих процесів фізичного чи медичного втручання, робота психолога ґрунтується на формуванні довіри, розпізнаванні емоційних бар'єрів та забезпеченні мотиваційної стійкості пацієнта (Oddli et al., 2021). Це означає, що психолог працює не лише із зовнішніми проявами настрою чи поведінки, але й з внутрішніми переконаннями хворого, його очікуваннями та страхами, які можуть блокувати виконання відновлювальних програм (Svanholm et al., 2023). Першим кроком у побудові ефективної підтримки стає оцінка психоемоційного стану пацієнта. Вона проводиться через спостереження та інтерв'ю, іноді з використанням стандартизованих шкал тривожності, депресії або якості життя (Flegge et al., 2022; Ghafouri et al., 2023). Функція психолога полягає також у вирішенні конфліктів між бажанням пацієнта уникати болючих процедур і необхідністю їх виконання для досягнення фізичного прогресу (Craner et al., 2022). Такі ситуації вирішуються через адаптацію плану занять.

Оцінка соціальних потреб пацієнта у процесі реабілітації є комплексним завданням, яке поєднує аналіз побутових умов, доступності ресурсів та рівня соціальної інтеграції людини в суспільство. Соціальний працівник збирає дані про житлову ситуацію пацієнта, його економічні можливості, підтримку з боку родини чи оточення, а також правовий статус і доступ до державних або місцевих програм допомоги (Freymüller et al., 2024; Dimla et al., 2023). Це робиться на ранніх етапах реабілітаційного процесу, щоб мати змогу адаптувати план лікування під реалії життя хворого (Lammila-Escalera et al., 2022). Особливе значення має перевірка того, наскільки фізичні удосконалення, досягнуті під час терапії, можуть бути реалізовані у повсякденному побуті (Doornebosch et al., 2022; Grund et al., 2020). Практична робота починається з аналізу житлових умов. Соціальний працівник оцінює, чи відповідає оселя принципам безпечного пересування пацієнта, це може включати вимір ширини дверей для проїзду інвалідного візка, огляд стану

підлоги на предмет ризику падінь або перевірку доступності предметів першої необхідності (Dimla et al., 2023). За результатами огляду пропонуються модифікації, що передбачають встановлення додаткових поручнів, покращення освітлення або зміни в розташуванні меблів для забезпечення безперешкодного руху. Соціальний працівник також бере участь у кризових сценаріях планування, наприклад, коли раптове погіршення економічної ситуації або конфлікт у сім'ї створюють загрозу припинення лікування (Cadet et al., 2023; Freymüller et al., 2024).

Таким чином, оцінка соціальних потреб є складним аналітичним процесом зі збором інформації від різних джерел і постійним узгодженням результатів у командному колективі. Вона інтегрується із медичною та психологічною роботою так само тісно, як описано під час розгляду етапів мотиваційної підтримки й фізичних тренувань; від її якості залежить не лише практична реалізація досягнутих функціональних змін, але й стабільність результатів після завершення активної фази реабілітації (Doornebosch et al., 2022; Grund et al., 2020).

Реабілітація пацієнтів при гострих станах вимагає від мультидисциплінарної команди максимальної інтеграції зусиль і швидкої адаптації плану дій під зміни клінічної ситуації (Persson et al., 2025; Rathore et al., 2024). На відміну від планового відновлення при хронічних чи стабільних станах, тут терапевтичний процес часто розгортається у стислі терміни, де критичним є кожне рішення (Wade, 2024; Ingwersen et al., 2023).

Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини бере на себе оперативну координацію усіх втручань, оцінюючи ризики й визначаючи пріоритети залежно від швидкості розвитку патологічного процесу (Ghanbari & Bazrafkan, 2023a). Він має синхронізувати клінічні призначення із доступними ресурсами та поточними даними від колег. В умовах гострого стану ключову роль відіграють попередньо розроблені та відпрацьовані протоколи реагування. Вони формуються на основі симуляційних тренувань, де моделюються типові критичні сценарії, наприклад, раптове падіння пацієнта з травмою або

погіршення кардіореспіраторних показників. Такі тренування, описані раніше як інструмент командної взаємодії, дають змогу лікарю чітко окреслити ролі: хто забезпечує невідкладну допомогу, хто координує виклик додаткових ресурсів, а хто документує подію для подальшого аналізу ефективності.

Фізичний терапевт у цій ситуації повинен швидко скорегувати або повністю зупинити заплановані фізичні вправи. Його завданням стає не стільки покращення функцій, скільки запобігання ускладненням, наприклад, профілактика контрактур при вимушеній імобілізації чи оптимізація позиціонування тіла для підтримки дихання. Співпраця з лікарем полягає у визначенні безпечного обсягу рухової активності під час нестабільного клінічного періоду, а з психологом — у мінімізації стресу пацієнта під час будь-яких фізичних маніпуляцій. Психологічна робота при гострих станах фокусується на стабілізації емоційного фону пацієнта та його родичів. Часто криза супроводжується панічними реакціями, що можуть перешкоджати проведенню необхідних медичних процедур. Психолог застосовує методи регуляції дихання, короткі інструктивні діалоги та підтримуючий невербальний контакт для зниження рівня тривожності. Це дає змогу команді ефективніше виконувати свою роботу без додаткових бар'єрів у вигляді неконтрольованих емоційних реакцій пацієнта чи його оточення. Соціальний працівник навіть у гострій фазі не вибуває з процесу: він оперативно збирає інформацію про сімейне та матеріальне становище хворого для прогнозування необхідної допомоги на етапі раннього постгострого періоду.

Особливістю планування реабілітації при гострих станах є те, що початок активного втручання може збігатися з фазою ще неповної медичної стабілізації. Тут виникає потреба балансувати між максимально раннім залученням до відновлювальних заходів і запобіганням надмірному навантаженню. Узгодження цього балансу — сфера спільного рішення всієї команди із залученням самого пацієнта або його законних представників (Karhula et al., 2021; Wade, 2024). З огляду на високу ймовірність непередбачуваних змін стану хворого, стратегія реабілітації формується як

набір гнучких сценаріїв з можливістю миттєвої перебудови завдань. У цьому сенсі досвід попередніх симуляцій стає практично безцінним: він дає алгоритми реагування не лише в межах своєї професійної сфери, але й у ті моменти, коли доводиться виконувати роль колеги для підтримання цілісності процесу допомоги (Karhula et al., 2021; Wade, 2024). Таким чином, ведення реабілітаційного процесу при гострих станах спирається на поєднання високої швидкості прийняття рішень і комплексного охоплення всіх аспектів стану пацієнта: фізичного, психологічного та соціального. Ефективність забезпечують заздалегідь підготовлені протоколи взаємодії, технологічна координованість через електронні системи та готовність фахівців тимчасово виходити за рамки своїх стандартних ролей задля спільної мети збереження життя й створення передумов для подальшого відновлення (Ghanbari & Bazrafkan, 2023b).

Реабілітація пацієнтів із хронічними станами має свою специфіку, яка відрізняє її від підходів, застосовуваних при гострих станах. У таких умовах темп роботи команди визначається тривалою перспективою втручань і необхідністю інтеграції фізичного, психологічного та соціального супроводу протягом місяців або навіть років. Лікар реабілітаційної медицини виступає координатором довготривалого лікувального процесу, враховуючи періодичні зміни клінічного стану та ризики прогресування хвороби. Він вибудовує план так, щоб адаптувати його під циклічність загострень і ремісій, інтегруючи взаємодію з іншими фахівцями. Фізичний терапевт у випадку хронічних патологій орієнтується на підтримувальні програми. Його завдання — не лише покращувати функціональні показники, але й запобігати їх регресу в періоди зниження активності. Це може означати розробку комплексу вправ з мінімальним ризиком перевантаження, придатного для щоденного виконання. При цьому важливо враховувати рекомендації психолога щодо мотиваційної стійкості хворого: надмірно складні чи монотонні вправи можуть спричинити емоційне вигорання.

Соціальний працівник допомагає забезпечити доступ до умов та ресурсів, необхідних для реалізації цих програм удома або на місцевих громадських об'єктах. Психологічний компонент стає особливо вагомим: тривале життя з хронічною хворобою нерідко супроводжується коливаннями настрою, станами апатії чи ажитації. Психолог формує стратегії підтримки на різних етапах — від адаптації до діагнозу до подолання кризових моментів загострення. Регулярний моніторинг психоемоційного стану за допомогою стандартизованих опитувальників дає змогу команді своєчасно коригувати фізичне навантаження й пропонувати додаткові методи саморегуляції. Важливим є налагодження груп підтримки або програм взаємодії з іншими пацієнтами, які мають схожий профіль захворювання; це допомагає зменшити соціальну ізоляцію. Соціальна робота при хронічних станах охоплює довгострокові плани зміни середовища проживання та робочого місця. Соціальний працівник створює індивідуальну карту ресурсів пацієнта — доступ до медичних послуг, програм державної допомоги, громадських ініціатив.

Таким чином, реабілітація при хронічних станах вимагає поєднання стратегій підтримки функцій із механізмами запобігання регресу, синхронізації фізичних вправ із психологічною готовністю та соціальною доступністю ресурсів, а також використання технологій для довготривалого моніторингу й командної координації дій. Мультидисциплінарна модель дає можливість охоплювати всі ці аспекти одночасно, адаптуючи їх під індивідуальний графік змін стану пацієнта й забезпечуючи стабільність результатів навіть в умовах тривалих захворювань.

Кадрові обмеження та нерівномірний розподіл фахівців у мультидисциплінарних реабілітаційних командах створюють системні бар'єри для послідовної та якісної роботи колективу. Як показує практика, навіть при наявності належно підготовлених лікарів, фізичних терапевтів, психологів і соціальних працівників доступ до цих спеціалістів часто є нерівномірним залежно від регіону чи рівня медичної установи (Khatuntseva et

al., 2022). У великих містах мультидисциплінарна модель може функціонувати майже безперервно, тоді як у віддалених або малозаселених районах пацієнти стикаються з дефіцитом потрібних кадрів через відсутність фахівців на місці або їхню зайнятість в інших сферах. Виклики починаються вже на етапі первинного планування реабілітації.

Таблиця 1.4

**Порівняльні характеристики командної роботи
при гострих і хронічних станах у реабілітації**

Параметр організації роботи	Гострі стани	Хронічні стани	Наслідок для командної моделі
Темп і часові рамки	стислі терміни; висока динаміка стану	тривала перспектива (місяці / роки); циклічність загострень / ремісій	різні режими планування: «швидкі рішення» vs «підтримувальні програми»
Пріоритети втручань	безпека, запобігання ускладненням, раннє залучення за умови стабілізації	підтримка функцій, запобігання регресу, адаптація до повсякденного життя	відмінні критерії ефективності й точки контролю
Координація	опора на відпрацьовані протоколи; чітке окреслення ролей	координація довгострокових ресурсів; моніторинг прихильності	у гострій фазі зростає роль алгоритмів; у хронічній — роль систем спостереження
Роль фізичного терапевта	корекція / зупинка плану при нестабільності; профілактика ускладнень	підтримувальні вправи низького ризику; режим регулярності	змінюється ціль: «попередити» vs «утримати / поступово підсилити»

Параметр організації роботи	Гострі стани	Хронічні стани	Наслідок для командної моделі
Роль психолога	швидка стабілізація тривожності пацієнта / родини; зняття бар'єрів для процедур	довготривала підтримка адаптації, робота з апатією / ажитацією, саморегуляція	зростає значення мотиваційної стійкості та профілактики емоційного виснаження
Роль соціального працівника	оперативне збирання контекстних даних для планування постгострого періоду	довгострокове планування середовища, карти ресурсів, підтримка автономності	у хронічному профілі соціальна робота стає системоутворювальною для сталості результатів

Бар'єри комунікації у мультидисциплінарних реабілітаційних командах можуть істотно вплинути на якість та швидкість прийняття рішень, особливо в умовах обмеженої кадрової доступності. Механізм командної роботи передбачає постійний обмін інформацією про фізичний стан пацієнта, його психологічну готовність до навантаження та рівень соціальної адаптованості. Проте будь-який збій у каналах передачі та узгодження цієї інформації знижує ефективність реабілітаційного процесу.

Часові обмеження також формують свій вид бар'єра. При роботі в умовах гострих станів часто немає можливості для повного командного обговорення; рішення приймаються одним або кількома членами колективу без залучення всіх компетенцій. У такий момент відсутність швидкого каналу комунікації (наприклад спеціального внутрішнього чату) може уповільнити реагування й призвести до пропуску критичних деталей, як-от попередження психолога про схильність пацієнта до панічних реакцій у стресових умовах.

Важливо згадати ще один бар'єр — недостатній досвід міжпрофесійної комунікації у частини фахівців через брак відповідної освіти чи тренінгів. Без сформованого навику вести діалог на рівноправній

основі часто виникають ситуації домінування однієї професії над іншими. Це позбавляє команду можливості використати синергію знань та навичок різних напрямків реабілітації. Тренінги та симуляційні навчання допомагають створити моделі спільного розв'язання задач навіть за умов різниці в досвіді між учасниками.

Метааналіз восьми рандомізованих контрольованих досліджень (n = 819) підтвердив, що міжпрофесійні симуляційні програми тривалістю 2–6 тижнів статистично значущо покращують показники командної взаємодії та комунікації, поширюючись із невідкладної медицини на ширший клінічний контекст (Sezgin & Bektas, 2023).

Таблиця 1.5

**Системні бар'єри функціонування
мультидисциплінарних команд і напрями подолання**

Група бар'єрів	Прояви	Ймовірні наслідки для реабілітації	Напрями подолання
Кадрові обмеження та нерівномірність доступу	дефіцит фахівців у регіонах; різна спроможність установ	фрагментація допомоги; розрив між планом і виконанням	кадрове планування; мережеві моделі; дистанційні формати консультацій
Бар'єри комунікації	збої в каналах передачі інформації; відсутність швидких інструментів узгодження	пропуск критичних деталей; сповільнення рішень; зниження інтеграції	регламент комунікацій; внутрішні канали (захищені); стандартизація «що і коли повідомляється»
Часові обмеження (особливо у гострій фазі)	неможливість повного командного обговорення	рішення без урахування всіх компетенцій	протоколи ситуаційних рішень; короткі «мікрозбори»; попередньо розподілені ролі
Дефіцит міжпрофесійних навичок	домінування однієї професії; слабка культура рівноправного діалогу	конфлікти, зниження синергії, неузгодженість планів	спільні навчальні модулі; симуляційні тренінги; розвиток підтримувального лідерства
Інерція ієрархічних моделей	мультидисциплінарність трактується як «додаткове консультування»	відсутність постійної координації; залежність від пріоритетів одного фахівця	зміна організаційної політики; регулярні засідання; механізми колективного ухвалення рішень

Історична логіка мультидисциплінарних команд у реабілітаційній медицині може бути описана як послідовність організаційних переходів від епізодичних, консультаційно зорієнтованих форм взаємодії до сталих механізмів спільного планування, інтегрованої оцінки результатів і колективної відповідальності за траєкторію відновлення пацієнта. У межах цього переходу змінювалися не лише формальні ролі учасників, але й спосіб циркуляції клінічної інформації, порядок ухвалення рішень, характер лідерства, а також інституційні умови, що визначали доступність горизонтальної комунікації. Відповідно, для зменшення описовості й фіксації причинно-наслідкових зв'язків між організаційною моделлю та якістю координації реабілітаційного процесу, ключові етапи еволюції командної роботи узагальнено в *табл. 1.6*.

Дані цієї таблиці демонструють, що ранні вертикальні моделі, попри можливість швидкого адміністративного ухвалення рішень, структурно обмежували інтеграцію різнопрофільних даних про пацієнта. У реабілітації це набувало особливої критичності, оскільки відновлення включає взаємопов'язані фізичні, психологічні та соціальні компоненти, а одновимірною оцінкою результативності створює ризик «часткового успіху» без стійких змін якості життя. Проміжні формати, зокрема консиліуми, частково компенсували дефіцит мультиперспективності, однак не формували механізмів постійної координації та не забезпечували рівномірного розподілу відповідальності; у такій логіці виконання рекомендацій залежало від пріоритетів одного центру прийняття рішень, а не від узгодженого командного плану.

Мультидисциплінарний підхід у реабілітаційній медицині виступає як комплексна система, що інтегрує медичні, психологічні та соціальні аспекти догляду за пацієнтом. Ефективність такої моделі базується на чіткому розподілі ролей, постійній міжпрофесійній комунікації та здатності команди адаптуватися до індивідуальних потреб хворого. Координація дій лікаря, фізичного терапевта, психолога та соціального працівника забезпечує цілісне

бачення стану пацієнта й сприяє досягненню оптимальних результатів відновлення.

Таблиця 1.6

Еволюція моделей командної роботи в реабілітаційній медицині

Етап / модель	Організаційна логіка	Тип взаємодії	Обмеження моделі	Значення для сучасної мультидисциплінарності
Вертикальна ієрархія (ранні підходи)	рішення концентруються у «центрі» (головний лікар / вузький спеціаліст)	епізодичні консультації	слабка інтеграція точок зору; неузгодженості між напрямками	демонструє межі «моноцентричного» управління для реабілітації
Консиліуми як проміжний формат	колегіальне обговорення без постійної координації	періодичні наради	виконання рекомендацій залежить від пріоритетів «основного» лікаря	підкреслює потребу в безперервній координації та розподілі відповідальності
Об'єднані бригади (військові госпіталі / міські клініки)	поєднання фахівців у межах установи	звітна / формалізована комунікація	обмеженість неформального обміну; центр управління зберігається	створює передумови для регулярних зборів і швидшої реакції
Спеціалізовані відділення / корпуси	фіксований склад співробітників	рольова закріплена взаємодія	брак механізмів «глибокої інтеграції даних»	підводить до потреби інтегрованої оцінки результатів
Горизонталізація та регулярні збори	скорочення «ланцюгів передачі»; спільне коригування плану	регулярні командні зустрічі	потребує культури співпраці та відповідних навичок	формує основу сучасної командної моделі в реабілітації
Симуляційні тренінги	відпрацювання критичних сценаріїв та ролей	тренінгова взаємодія	вимагає ресурсів і методичного забезпечення	підсилює готовність до кризових ситуацій і знижує рольові конфлікти

Подальший перехід до регулярних командних зборів і скорочення «ланцюгів передачі» інформації означав не просто зміну управлінської процедури, а інституціоналізацію спільного аналізу стану пацієнта та

спільного коригування втручань у відповідь на динаміку клінічних і психосоціальних факторів.

Історичний розвиток мультидисциплінарних команд демонструє поступовий перехід від ієрархічних структур до більш горизонтальних моделей співпраці, де кожен фахівець зберігає автономію, але працює в тісній взаємодії з колегами. Важливим чинником є впровадження симуляційних тренінгів, які підвищують готовність команди до кризових ситуацій і покращують координацію дій у реальному часі.

Розподіл обов'язків у команді є динамічним процесом, що вимагає гнучкості та взаєморозуміння. Особлива увага приділяється психологічній підтримці пацієнтів, мотивації та оцінці соціальних потреб, що дає змогу враховувати не лише фізичний стан, а й психоемоційний та соціальний контексти. Використання клінічних шкал, функціональних тестів і електронних медичних записів сприяє об'єктивізації оцінки та оперативній координації лікувального процесу.

Реабілітація при гострих і хронічних станах має свої особливості, які враховуються у плануванні та реалізації втручань. У гострих випадках пріоритетом є швидка адаптація та безпека, тоді як при хронічних — тривала підтримка, запобігання регресу та інтеграція в повсякденне життя. Технологічні засоби, зокрема електронні платформи, забезпечують безперервність спостереження й полегшують взаємодію між членами команди.

Інноваційні підходи в командній роботі передбачають розподілене лідерство, інтеграцію аналітичних інструментів і мультиплатформну комунікацію, що сприяє більш оперативному прийняттю рішень і підвищенню ефективності лікувального процесу. Розвиток міждисциплінарної освіти, зокрема через симуляційні тренінги та спільні навчальні модулі, формує у майбутніх фахівців навички координації та взаєморозуміння, необхідні для роботи в мультидисциплінарних командах.

Таким чином, мультидисциплінарна команда у реабілітаційній практиці є не статичною організаційною одиницею, а динамічною системою, ефективність якої визначається узгодженістю ролей, рівнем міжпрофесійної комунікації та здатністю адаптувати план втручань до змінних клінічних і психосоціальних обставин. Саме ця узгодженість є функціональною передумовою консультативної компетентності фахівця: без розуміння логіки командної взаємодії консультативна дія залишається ізольованою від реабілітаційного контексту (Singh et al., 2018; Geese & Schmitt, 2023). Аналіз психологічних і організаційних детермінант цієї компетентності є предметом розгляду наступного параграфа.

1.2. Психологічні та організаційні детермінанти консультативної компетентності фахівців у мультидисциплінарній реабілітації

Дослідження консультативної компетентності майбутніх фахівців МДК потребує операціоналізації самого конструкта. У межах нашого дослідження консультативна компетентність визначається як інтегративна професійна компетентність фахівця, що забезпечує здатність і готовність здійснювати передусім вербальну цілеспрямовану взаємодію з пацієнтом, його родиною та членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди з метою підтримки плану реабілітації й прихильності до інтервенцій. Вона не зводиться до передачі інформації або надання порад, а включає етичну, комунікативну та координаційну складові, реалізовані в умовах міжпрофесійної взаємодії та психологічного навантаження, зумовленого складністю виконання професійних завдань (Gladding, 2018; Dovgorolyi & Prokopovych, 2024).

Зауважимо, що така компетентність не обмежується лише технічними або професійними знаннями, ймовіріше вона вимагає синтезу комунікативних умінь, емоційної стійкості та здатності працювати в умовах підвищеної психологічної напруги (Andriichuk et al., 2023). Відомі нам

дослідження свідчать про те, що ефективність діяльності фахівця в мультидисциплінарній команді значною мірою залежить від розуміння меж власної компетенції та можливостей інших фахівців-членів команди (Wei et al., 2022; Hustoft et al., 2018). Зважаючи на такий підхід відбувається оптимальний розподіл обов'язків, що також впливає на зменшення конфліктів у робочому процесі (Rogers et al., 2023; Hustoft et al., 2018).

Зазначена тематика набуває актуальності також щодо організації мультидисциплінарної роботи з пацієнтами з посттравматичними станами й розладами, хронічними захворюваннями. З парадигмальної точки зору застосування системного біопсихосоціального погляду на процес реабілітації (Andriichuk et al., 2023; Губенко et al., 2023) також потребує перегляду та емпіричних верифікацій у зв'язку із активним розповсюдженням ідей мультидисциплінарної взаємодії, оскільки перехід від біомедичної до біопсихосоціальної моделі реабілітації структурно змінив не лише терапевтичний план, а й логіку командної взаємодії — включення психологічних і соціальних компонентів стало умовою досягнення стійких результатів (Goudman et al., 2024).

Формування достатнього рівня консультативної компетентності передбачає поступовий розвиток і набуття теоретичних знань про міждисциплінарну взаємодію та практичний досвід у моделюванні ситуацій командної роботи (Попович, Гавліч, et al., 2024). Окремої уваги заслуговує питання нормативного забезпечення роботи фахівців у сфері реабілітаційних послуг. Наприклад, діяльність логопедів у складі таких команд передбачає не лише корекційно-педагогічну роботу, але й виконання чітко визначених функціональних завдань, пов'язаних із медичними аспектами діагностики та втручання (Аравіцька et al., 2024).

Можна констатувати, що формування консультативної компетентності нерозривно пов'язане з розвитком навичок комунікації в умовах підвищеного стресового навантаження. Так, наприклад, робота з пацієнтами із серцево-судинними захворюваннями або тими, хто перебуває в

стані соціальної ізоляції через травму чи хворобу (Демчук, 2023), висуває додаткові вимоги до здатності фахівця підтримувати мотивацію клієнта та його віру в успішне відновлення.

Ми також повинні врахувати, що у період воєнного стану діяльність фахівців мультидисциплінарних команд набуває ще більшого значення (Атрошенко & Кірова, 2024). Її розвиток передбачає інтеграцію знань про специфіку патологічних станів, уміння проводити оцінку комунікативних порушень і глибинне розуміння психоемоційного стану пацієнта (Аравіцька et al., 2024).

Аналіз сучасних досліджень доводить, що розуміння професійних меж власної діяльності, а також усвідомлення специфіки праці інших членів команди є вихідним положенням щодо консультативної компетентності у мультидисциплінарних командах. Це визначає ефективність розподілу обов’язків і допомагає уникати дублювання функцій чи конфліктів під час роботи. Поєднання медичних та психосоціальних компонентів консультування є суттєвим аспектом. Таке поєднання дає змогу діяти у синергії з іншими фахівцями та сприяє цілісній підтримці людини (Губенко et al., 2023). Варто додати, що у цьому контексті знання щодо патогенезу хвороб, методів сигналізації про зміни в стані пацієнта та використання тестових шкал для оцінки функціонального статусу представляють цінність для всіх учасників команд.

Таблиця 1.7

**Концептуалізація визначення консультативної компетентності
в мультидисциплінарній реабілітації та межі конструкта**

Елемент	Робоча фіксація
Об’єкт прояву	професійна взаємодія фахівця з пацієнтом, родиною та членами мультидисциплінарної команди
Предмет	здатність і готовність здійснювати консультативні дії, що підтримують командний план реабілітації та прихильність пацієнта до втручань
Межі конструкта	не зводиться до «поради» або передачі інформації; включає етичну, комунікативну та координаційну складові

Елемент	Робоча фіксація
Ключові умови реалізації	міжпрофесійна комунікація, розуміння меж власної ролі, робота в умовах стресу / невизначеності
Очікуваний системний ефект	зменшення рольових конфліктів, узгодженість рішень, підвищення комплексності відновлення

Необхідно додати, що консультативна компетентність забезпечує комунікацію не лише між фахівцем і пацієнтом, але й між різними сторонами, включаючи родину хворого чи органи соціальної підтримки. Тому вона має також соціальний вимір. У дослідженнях зазначено, що ризик соціальної ізоляції людей з інвалідністю знижується за умови ефективного консультування. Зрештою консультативна компетентність може забезпечити умови для їх інтеграції у суспільство. Це відбувається через підвищення фізичної активності та залучення до професійної діяльності (Вербовська & Кравченко, 2023).

З огляду на дослідження (Dovgorolyi & Prokhorovych, 2024) консультативна компетентність передбачає високий рівень емпатії, стресостійкості та гнучкості реагування на непередбачувані ситуації, що вкрай актуальним є для сучасного українського контексту, зокрема щодо роботи з військовослужбовцями. У таких умовах консультант має одночасно бути здатним підтримувати конструктивну атмосферу в команді та пристосовувати свої комунікативні стратегії відповідно до індивідуальних реакцій пацієнта, а це своєю чергою допомагає уникати формальних шаблонів у спілкуванні.

Узагальнення досліджень дає змогу виокремити декілька ключових компонентів консультативної компетентності: когнітивний (знання про патологічні стани й методи їх корекції), операційний (володіння техніками ведення діалогу, постановки запитань та активного слухання), рефлексивний (здатність аналізувати результати власної взаємодії з пацієнтом і коригувати її у майбутньому) та ціннісний (орієнтація на повагу до прав пацієнта та його автономії) (табл. 1.8).

Таблиця 1.8

**Структура консультативної компетентності
та можливі індикатори емпіричної верифікації**

Компонент	Зміст	Приклад індикаторів для вимірювання
Когнітивний	знання про патологічні стани, логіку реабілітації, ролі фахівців, межі компетенції	тест/кейс-завдання; перевірка розуміння ролей і маршрутів комунікації
Операційний	ведення діалогу, активне слухання, постановка запитань, надання рекомендацій у командному контексті	спостереження у симуляції; чек-лист навичок; оцінка за стандартизованим сценарієм
Рефлексивний	аналіз результатів взаємодії, корекція власних стратегій, усвідомлення помилок комунікації	короткі рефлексивні звіти; шкала саморефлексії; супервізійна оцінка
Ціннісний	повага до автономії, етика, партнерські установки, недопущення домінування професії	шкали професійних установок; експертна оцінка етичних рішень у кейсах

Варто також наголосити на нормативній структурі консультативної компетентності. Її розвиток повинен відповідати регламентованим стандартам підготовки фахівців для сфери реабілітаційних послуг. Отже, кваліфікаційна рамка має визначати не лише перелік необхідних навичок та знань, але й встановлювати вимоги до комунікативної поведінки фахівця при роботі в команді різнопрофільних спеціалістів (Dovgorolyi & Prokorynych, 2024). Щодо підтримки етики та професійної компетентності дидактичні супервізії є обов'язковим компонентом професійного навчання майбутніх консультантів у сфері реабілітації.

Відповідно до зазначеного феномен консультативної компетентності фахівця мультидисциплінарної команди можна описати як системну характеристику діяльності, яка поєднує когнітивну наповненість (знання),

операційні здібності (навички) та ціннісно-мотиваційні орієнтири (ставлення до процесу) (Губенко et al., 2023).

Аналіз психологічної консультативної компетентності потребує уточнення деяких понять. У науковій та прикладній психологічній літературі представлено різноманітні підходи до тлумачення поняття «консультування», що відображають його багатогранність і міждисциплінарний характер. Найбільш поширені інтерпретації подають консультування як:

- процес надання фахової допомоги у вирішенні проблемної ситуації, в межах якого консультант не виконує завдання замість клієнта, але підтримує його в пошуку ефективного шляху до розв’язання труднощів;
- систему професійних послуг, спрямованих на ідентифікацію проблеми, формування можливих стратегій її подолання, розробку рекомендацій та, за потреби, супровід у реалізації конкретних дій;
- форму психологічної підтримки, що ґрунтується на переконанні в особистісному потенціалі кожної здорової людини самотійно долати життєві труднощі за умови надання відповідної професійної допомоги;
- спеціалізовану допомогу особам, які зіткнулися з психоемоційними, міжособистісними або соціальними труднощами, з метою відновлення психологічної рівноваги та нормалізації соціального функціонування.

З позиції сучасної психології, консультування є не лише процесом передачі інформації чи порад, а насамперед професійною взаємодією, яка реалізується через консультативну компетентність фахівця. Вона охоплює здатність глибоко розуміти природу запиту клієнта, володіти ефективними

методами діагностики й впливу, забезпечувати етичну та партнерську підтримку, стимулюючи клієнта до активного включення у процес змін.

Як стверджує В. Корсунська, згідно з позицією провідних дослідників, консультування являє собою сукупність спеціально організованих заходів, які індивідуально пристосовуються до потреб кожного клієнта. Ці заходи спрямовані на комплексну діагностику та глибоке усвідомлення проблематики, з якою звертається особа, виявлення впливу цих проблем на її психологічний стан, а також визначення чинників, що є ключовими для ініціювання позитивних змін. У процесі консультативної роботи формується план конкретних дій, які можуть включати, наприклад, участь у тематичних тренінгах, освітніх групах чи початок індивідуальної терапевтичної роботи, спрямованих на ефективне вирішення проблем, озвучених клієнтом. Однією з важливих функцій консультування фахівцями реабілітаційної сфери є також підтримка клієнта в складних життєвих обставинах, стимулювання розвитку внутрішніх ресурсів, що сприяють подоланню кризового стану (Корсунська, 2023).

Т. Комар та М. Горенко акцентують увагу на тому, що функціональні аспекти консультативної діяльності фахівців реабілітаційної сфери безпосередньо пов'язані з її цільовим призначенням. Згідно з їх підходом до ключових функцій консультування можна віднести: надання фахової допомоги клієнтові в розвитку його здатності самостійно вирішувати життєві труднощі, стимулювання ініціативної взаємодії клієнта з іншими людьми, а також сприяння покращенню комунікації, формуванню гармонійних взаємин і відновленню конструктивної соціальної взаємодії. У процесі консультування, яке реалізується в рамках спеціально організованої взаємодії, фахівець реабілітаційної сфери має не лише допомогти клієнтові усвідомити суть його проблеми, але й виявити, активізувати й підтримати внутрішні психологічні ресурси особистості, які здатні сприяти подоланню складних життєвих ситуацій. Дослідники зазначають, що впродовж останніх років спостерігається стійке зростання кількості осіб, які звертаються по

психологічну допомогу до фахівців реабілітаційної сфери (Комар, 2023). У зв'язку з цим підвищуються вимоги до рівня консультативної компетентності фахівця реабілітаційної сфери, яка має включати не лише глибокі знання про психопатологію й кризові стани, але й здатність до емпатійної взаємодії, кризового консультування, формування підтримувального простору та прийняття складних емоцій клієнта. Саме завдяки такій фаховій підготовці фахівець реабілітаційної сфери може надати ефективну допомогу особам, які опинилися в критичних життєвих обставинах (Федько, 2020, 2023; Хомич & Ткач, 2004).

Таким чином, пріоритетна мета консультативної роботи фахівців реабілітаційної сфери полягає у виявленні витоків і чинників проблемної ситуації, а також у професійному супроводі людини на шляху до самостійного пошуку ефективних способів її вирішення. У цьому контексті консультативна компетентність фахівця реабілітаційної сфери охоплює не лише діагностичні й аналітичні здібності, але й навички фасилітації, підтримки особистісного зростання, а також розвитку саморефлексії у клієнта.

За С. Гледдінгом (2000), консультативний процес включає п'ять послідовних етапів, що ґрунтуються на моделі, запропонованій D. Dustin і S. Ehly.

1. Встановлення контакту / початковий етап — формування довіри, налагодження емоційного контакту, активне слухання.
2. Ідентифікація проблеми, уточнення запиту, формулювання цілей.
3. Запровадження / реалізація — розробка стратегії, узгодження дій, надання конструктивного зворотного зв'язку.
4. Моніторинг та оцінка — моніторинг процесу, оцінка ефективності впроваджених змін, подолання опору або фрустрації.
5. Завершення / припинення процесу — завершення взаємодії, узагальнення результатів, рефлексія.

Серед чинників, що впливають на перебіг консультування, С. Гледдінг виокремлює: структуру, тобто організаційну побудову самого процесу; умови, в яких здійснюється консультування; ступінь мотивації консультованого до змін; його індивідуальні особливості, а також професійно значущі якості консультанта (Gladding, 2018).

Усі компетентності в широкому розумінні цього слова мають соціальний характер, оскільки вони формуються й проявляються в суспільстві. Компетентності визначаються як інтегральні якості особистості, що виявляються у загальній здатності та готовності до самостійної та успішної професійної діяльності в умовах реальної соціально-професійної ситуації. Вони базуються на професійних знаннях, уміннях і навичках, досвіді, цінностях і схильностях, набутих в процесі навчання. Серед соціально-професійних компетенцій фахівців реабілітаційної сфери особливе місце посідає консультативна компетентність.

Поняття консультативної компетентності охоплює здатність фахівця ефективно здійснювати допоміжну діяльність, орієнтовану не лише на безпосереднього клієнта, а й на третіх осіб — представників освітніх, організаційних, адміністративних систем. Така компетентність суттєво відрізняється від традиційного індивідуального консультування, оскільки спрямована на виявлення, аналіз і вирішення проблем у більш широкому соціальному чи інституційному контексті. С. Гледдінг консультативну компетентність визначає як одну з ключових умов ефективної взаємодії з клієнтами та соціальним оточенням. Це форма посередницької взаємодії, яка не є терапевтичною за змістом, але спирається на партнерство, підтримку, навчання та розвиток ресурсів системи (Gladding, 2000).

Консультативна компетентність у сфері консультування фахівців реабілітаційної сфери передбачає високий рівень професійної підготовки фахівця та ґрунтується на значному практичному досвіді. Вона вимагає від консультанта ретельної, послідовної та методично обґрунтованої підготовки

до кожної консультаційної сесії, що забезпечує ефективність взаємодії з клієнтом і дотримання етичних стандартів професії.

Для успішного втілення цієї компетентності консультант повинен володіти низкою фундаментальних професійних навичок, що забезпечують якісну та результативну консультативну взаємодію, серед яких: активне слухання; емпатійність; гнучкість у підходах; терпіння; здатність підтримувати позитивні зміни; готовність приймати нову інформацію та ризикувати; уміння чітко формулювати цілі.

Також ключову роль відіграють особистісні установки, визначені Н. Сплета, зокрема: професіоналізм та відповідальність; емоційна зрілість і здатність до конструктивного реагування на конфлікти; відкритість до нових ідей; орієнтація на інтереси особистості, а не на технології (Splete, 1982).

В. Корсунська наголошує, що в структурі консультативної компетентності фахівця важливу роль відіграють особистісні якості, які забезпечують ефективність професійної взаємодії з клієнтом. Серед таких якостей авторка виділяє високий рівень особистісної активності, соціальну відкритість і контактність, ініціативність, а також здатність чітко й аргументовано висловлювати власну точку зору та впливати на співрозмовника переконливою комунікацією. Крім того, до важливих характеристик належать уміння виражати свій емоційний стан у спосіб, що сприяє довірі, а також гнучкість у подоланні складних або конфліктних комунікативних ситуацій (Корсунська, 2023).

Таким чином, консультативна компетентність фахівців реабілітаційної сфери не обмежується лише технічними навичками чи знаннями — вона формується також на основі особистісної зрілості, комунікативної культури та емоційної стабільності.

У результаті формування консультативної компетентності фахівця реабілітаційної сфери виникає потреба у комплексі ключових умінь і знань, що дають змогу ефективно реагувати на різноманітні запити клієнтів.

Як зазначає В. Корсунська, консультативна компетентність фахівця передбачає володіння широким спектром професійних умінь, що забезпечують ефективність комунікативної взаємодії. До таких умінь належать: аналіз і критична оцінка ситуації спілкування, вибір та застосування оптимальних засобів для реалізації або корекції консультативного плану, формулювання цілей взаємодії, а також оцінювання результативності впливу. Крім того, важливими складниками є добір комунікативних стратегій, адекватних конкретному контексту, а також здатність вступати у контакт, враховуючи індивідуальні характеристики співрозмовника (зокрема статеві, статусні, соціокультурні особливості). Консультант повинен виявляти гнучкість і мобільність у реагуванні на зміну обставин, уміти діагностувати та аналізувати комунікативні конфлікти, шукати шляхи їх вирішення та досягати взаємоприйнятних домовленостей. Не менш значущою є здатність своєчасно трансформувати структуру спілкування, якщо цього вимагає динаміка ситуації або зміна запиту клієнта (Корсунська, 2023).

На думку Т. Ханецької та А. Федоренко, практично всі форми консультування фахівців базуються на мовленнєвій взаємодії, яка становить центральний зміст професійного спілкування у межах консультативного процесу. У цьому контексті мовлення виступає не лише засобом комунікації, а й ключовим інструментом здійснення психологічного впливу, що спрямований на мобілізацію внутрішніх ресурсів клієнта, переосмислення ситуації, формування мотивації до змін. Дослідниці акцентують увагу на важливості дотримання фахівцем професійно-комунікативних стандартів, що стосуються як змісту, так і форми мовленнєвих висловлювань. Зокрема зазначається, що недостатній рівень обізнаності фахівця реабілітаційної сфери з механізмами впливу слова на емоційно-психологічний стан клієнта, а також неусвідомлення особливостей комунікативного ефекту професійного висловлювання може стати чинником, що суттєво знижує результативність консультативної взаємодії (Федоренко, 2025).

Таким чином, консультативна компетентність фахівця реабілітаційної сфери передбачає не лише володіння техніками інтерв'ювання чи аналізу проблеми, а й глибоке розуміння функцій професійного мовлення як інструменту психологічної підтримки, корекції та мотивації. Формування відповідної мовленнєвої компетенції є невід'ємною складовою професійної підготовки фахівця реабілітаційної сфери та запорукою ефективності його діяльності у сфері консультування.

Зазначений комплекс умінь є складовою консультативної компетентності, яка дає змогу фахівцеві реабілітаційної сфери ефективно реалізовувати завдання супроводу, зберігаючи при цьому професійну гнучкість, міжособистісну чутливість і стратегічне мислення. Сформована консультативна компетентність дає можливість фахівцеві реабілітаційної сфери бути професійно підготовленим для якісного й ефективного супроводу клієнтів у різних кризових ситуаціях, що значно підвищує рівень наданої допомоги.

Консультативну компетентність фахівця реабілітаційної сфери ми розглядаємо як один із ключових чинників формування його професійного іміджу. У ній у концентрованому вигляді відображено сукупність важливих особистісних та професійних характеристик (знань, умінь, навичок, здібностей, досвіду, цінностей тощо), які створюють основу для формування цілісного образу фахівця реабілітаційної сфери. Саме ця компетентність визначає якість взаємодії з клієнтом, ефективність професійного впливу та рівень довіри до фахівця реабілітаційної сфери.

Консультативна компетентність є багатовимірним утворенням і може включати субкомпетенції, які класифікуються за двома основними критеріями: за формами організації консультативної діяльності та за змістовими сферами консультування.

1. За формами організації: індивідуальне консультування (віч-на-віч взаємодія з клієнтом), консультаційна бесіда (одиничне або короткострокове звернення), групове консультування (робота з малою соціальною групою),

телефонне консультування, інтернет-консультування (включаючи відеозв'язок, чати, месенджери), заочне консультування (наприклад, через листування або електронну пошту).

2. За сферами консультування: особистісне консультування (внутрішні конфлікти, самооцінка), сімейне консультування (подружні взаємини, виховання дітей), психолого-педагогічне консультування (освітній простір, взаємодія учня та вчителя), професійне консультування (кар'єрне планування, вибір професії), організаційне консультування (проблеми у колективах, адаптація, лідерство).

Крім зазначених, до складових, які формують імідж консультанта в реабілітаційній сфері, варто віднести такі особистісні субкомпетенції:

- здатність до безумовного прийняття клієнта, незалежно від його поглядів чи життєвих обставин;
- зосередженість на життєвій ситуації клієнта, а не на власних інтерпретаціях;
- орієнтація на систему цінностей і норм саме клієнта, а не консультанта;
- розмежування особистих і професійних стосунків, що гарантує об'єктивність і нейтральність;
- уміння встановлювати професійний контакт і підтримувати ефективну взаємодію;
- дотримання етичних принципів і конфіденційності в усьому консультуванні;
- розвиток емпатичного розуміння, що передбачає здатність глибоко відчувати внутрішній стан іншої людини.

Розглядаючи етапи розвитку консультативної компетентності майбутніх фахівців, варто спиратися на ідею поступової інтеграції знань, умінь і особистісних якостей, які формуються як у процесі навчання, так і під час набуття практичного досвіду. На початковому рівні ключовим завданням є засвоєння когнітивної інформаційної бази, яка охоплює розуміння

теоретичних засад консультування та загальних принципів роботи у мультидисциплінарному середовищі.

Тут важливим ресурсом стають ті базові знання, що були отримані під час шкільного навчання і на підготовчих курсах у закладі вищої освіти, вони утворюють фундамент для сприйняття більш складних професійних концепцій (Косенко, 2020). На цьому етапі основна увага приділяється засвоєнню термінології, базових комунікативних стратегій та ознайомленню з ролями різних фахівців у команді.

Таблиця 1.9

**Етапи та механізми забезпечення становлення
консультативної компетентності**

Етап становлення	Ключовий результат етапу	Найбільш релевантні механізми забезпечення
Початково-теоретичний	засвоєння базових понять і ролей у команді	лекційно-семінарський блок; аналіз стандартів / протоколів; розбір кейсів
Адаптаційний	перенесення знань у контрольовані практичні ситуації	рольові ігри; моделювання командних нарад; тренінги комунікації
Продуктивний	стабільне виконання консультативних дій у складних випадках	симуляційні сценарії; робота з бар'єрами прихильності; зворотний зв'язок
Інтегративний	узгодження власних рішень із рішеннями інших фахівців, координація	міжпрофесійні модулі; спільні клінічні розбори; командні супервізії
Професійна зрілість	здатність підтримувати команду, наставництво, ініціювання покращень	супервізія; аудит комунікаційних інцидентів; розвиток підтримувального лідерства

Наступний етап розвитку можна окреслити як адаптаційний. Майбутній фахівець починає застосовувати отримані знання у моделюванні ситуацій та виконанні завдань, близьких до реальної практики. Це може бути здійснено через участь у лабораторних заняттях, рольових іграх та спеціалізованих тренінгах. Розвиваються навички координації дій із колегами

різної спеціалізації, формується здатність до гнучкої комунікації залежно від адресата, пацієнта чи іншого члена команди (Нікітіна et al., 2021). На цьому етапі виникає потреба в оцінці власного рівня компетентності та усвідомленні границь відповідальності, що запобігає конфліктам функціональних обов'язків.

Третя стадія має продуктивний характер. Консультування переходить із репродуктивної площини, де фахівець просто передає наявну інформацію, у площину продуктивної взаємодії, коли він активно впливає на процеси прийняття рішень у команді та на поведінкові реакції пацієнта (Кравець, 2020). Тут зростає роль емпатії та уміння працювати із психоемоційними станами клієнтів навіть у складних або кризових умовах. Для цього необхідно мати певну стійкість до стресу та навички самоконтролю емоцій. У випадку роботи із посттравматичним стресовим розладом консультант повинен володіти методами психоемоційної стабілізації й чітко окреслювати межі своєї професійної діяльності (Andriichuk et al., 2023).

Важливим є етап активної інтеграції міждисциплінарних знань. До цього моменту фахівець уже накопичив досвід спільної роботи в команді й здатен узгоджувати свої рішення із діями інших спеціалістів (Вербовська & Кравченко, 2023). Паралельно формується компетентність у використанні інструментів для профілактики погіршення стану пацієнта: шкали самооцінки настрою, індикатори рівня тривожності чи інші тестові методики дають змогу своєчасно коригувати план втручань (Andriichuk et al., 2023). Цей етап потребує здатності швидко інтегрувати нову інформацію і переглядати стратегії відповідно до змін клінічної чи соціальної ситуації. На пізніх фазах розвитку йдеться про професійну зрілість консультанта. Це рівень, де знання й навички вже міцно інтегровані із ціннісними орієнтирами та внутрішньою мотивацією до постійного вдосконалення (Іванчук & Георгян, 2023). Фахівець здатен не лише ефективно працювати у команді, але й виступати наставником для колег меншого досвіду та ініціювати зміни в структурі роботи колективу задля підвищення його результативності. Зрілість включає також готовність

адаптувати консультування до культурних особливостей клієнта чи групи клієнтів, формуючи більш чутливу й персоналізовану взаємодію.

У контексті реабілітаційної практики пізній етап розвитку пов'язаний також із умінням стратегічно планувати супровід пацієнта після завершення основного курсу лікування (Вербовська & Кравченко, 2023). Консультант бере участь у створенні довготривалих програм підтримки та амбулаторного моніторингу, залучає зовнішні ресурси, соціальні служби чи волонтерські організації для продовження процесу інтеграції особи в суспільство (Атрошенко & Кірова, 2024). Тим самим він розширює сферу своєї компетентності за межі безпосереднього лікарського чи психологічного втручання.

Слід зазначити, що розвиток консультативної компетентності не є лінійним, можливе повернення до попередніх фаз при зміні умов роботи або появі нових викликів. Наприклад, екстремальні ситуації війни чи пандемії можуть змусити навіть досвідченого консультанта знову проходити адаптаційний етап задля перебудови власних стратегій взаємодії (Овчаренко, 2022). Це вказує на циклічність розвитку як специфічну рису цієї компетентності: фахівці мають залишатися відкритими до нових форм навчання й переосмислення досвіду (Кошова, 2017).

Отже, можна виокремити кілька ключових фаз становлення — початково-теоретичну, адаптаційну, продуктивну, інтегративну та зрілості — кожна з яких потребує власних методичних підходів та інструментів формування. Кожен перехід між фазами супроводжується не лише приростом технічних навичок, але й розвитком комунікативної гнучкості, профілактичної орієнтованості та морально-етичних установок фахівця (Нікітіна et al., 2021).

1.3. Психолого-педагогічні умови та чинники становлення консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд: аналіз нормативних вимог

Розглядаючи моделі професійного становлення фахівця, важливо враховувати, що цей процес охоплює як формування когнітивних структур, так і розвиток особистісних характеристик, необхідних для ефективної реалізації професійної діяльності. Консультативна компетентність є частиною ширшої траєкторії професіогенезу, яка починається ще під час навчання і продовжується упродовж усього активного періоду роботи. Дослідники підкреслюють, що накопичення знань та навичок має супроводжуватись поетапною інтеграцією у практичне середовище, де формується здатність до узгоджених дій та об'єктивної самооцінки (Косенко, 2020).

Професіогенез майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд доцільно розглядати як тривалий процес становлення суб'єкта професійної діяльності, у якому інтегруються професійна ідентичність, цінності, етичні норми, рольові очікування та відповідальність перед пацієнтом і командою. У цьому сенсі професійна свідомість виконує регуляторну функцію. Вона задає цілі, визначає межі допустимих рішень, забезпечує рефлексивний контроль дій і комунікації, а також підтримує культурно чутливий характер взаємодії у допоміжних професіях (Калюжна, Вдовіченко, & Білогур, 2025). Водночас професіогенез не зводиться до засвоєння знань і процедур (Палагнюк & Файчук, 2022). Імовірно, він передбачає особистісну динаміку, самоактуалізацію та самореалізацію. Ці процеси доречно розглядати як взаємопов'язані лінії професіоналізації. Перша — пов'язана з розкриттям потенціалу й самопізнанням, друга — з об'єктивацією професійних компетенцій у соціальній та інституційній практиці (Калюжна, Лісова, & Зінченко, 2024; Калюжна, 2024), через практико-орієнтоване навчання, наставництво, інтервізію / супервізію,

розвиток рефлексії та узгодження етичних орієнтирів у міжпрофесійній взаємодії (Калюжна, Вдовіченко, & Білогур, 2025; Столярчук та ін., 2022).

Консультативна компетентність у реабілітаційній команді формується на перетині двох систем: 1) міжособистісної взаємодії «фахівець-пацієнт / родина»; 2) професійної комунікації «фахівець-команда», де потрібні узгодження цілей, розподіл відповідальності й спільне прийняття рішень. Її психологічними передумовами виступають розвинена професійна свідомість (цінності, етика, відповідальність), здатність до саморефлексії та емпатійно-орієнтованого контакту, а також соціально-перцептивна чутливість як професійна здібність розрізняти зміст і емоційні параметри запиту, уточнювати його та підтримувати робочий альянс (Калюжна, Вдовіченко, & Білогур, 2025; Каліщук & Столярчук, 2025).

Слід зазначити, що сенситивність може цілеспрямовано розвиватися тренінговими технологіями, які зменшують «нормативну невпевненість» майбутнього фахівця та підвищують якість операційних навичок консультування (в контакті, об'єктивація знання, спільне формулювання запиту) (Каліщук & Столярчук, 2025; Поліщук та ін., 2018). Окремий блок передумов стосується розуміння пацієнта як активного учасника відновлення: консультативна робота у реабілітації потребує урахування уявлень про хворобу / здоров'я, резильєнтності, копінг-стратегій і когнітивного стилю, оскільки ці змінні визначають прихильність до лікування, готовність до змін і стабільність результатів (Lunov & Didukh, 2025; Moroz & Lunov, 2025; Павелків & Чепурка, 2021).

Нарешті, професійні ризики (зокрема фрустрованість у професійній сфері) слід трактувати не як «індивідуальну слабкість», а як індикатор дисбалансу між вимогами середовища й ресурсами фахівця; за відсутності підтримки це здатне знижувати якість консультативної взаємодії, тому системи підготовки мають містити компоненти профілактики, супервізійного супроводу й моніторингу станів, пов'язаних із професійним виснаженням і фрустрованістю (Столярчук, 2025). Таким чином, консультативна

компетентність у реабілітаційних командах є результатом професіогенези, де особистісно-ціннісний розвиток, тренування сенситивності та психологічна орієнтація на реабілітаційний потенціал пацієнта виступають взаємодоповнювальними умовами її (Калюжна, Вдовіченко, & Білогур, 2025; Lunov & Didukh, 2025), що стає підставою для визначення ефективності в роботі мультидисциплінарної команди реабілітації.

Ефективність мультидисциплінарної реабілітації визначається не лише технічною якістю клінічних втручань, але й психологічними компетенціями фахівців, які забезпечують узгодженість командних рішень, стабільність комунікації та підтримку прихильності пацієнта до плану відновлення. У цьому контексті психологічні компетенції розглядаються як функціонально необхідний ресурс професійної діяльності, що проявляється в ситуаціях високої відповідальності, дефіциту часу, емоційної напруги та організаційної невизначеності, а також у повсякденній взаємодії з пацієнтом і його родиною (Andriichuk et al., 2023; Губенко et al., 2023).

Під психологічними компетенціями фахівців реабілітаційної команди в межах цього теоретичного дослідження розуміємо інтегрований комплекс внутрішньоособистісних і міжособистісних характеристик, що прямо підтримують реалізацію професійних функцій.

Таблиця 1.10

**Психологічні компетенції ключових фахівців
мультидисциплінарної реабілітаційної команди**

Група фахівців	Внутрішньоособистісні компетенції	Міжособистісні (консультативні) компетенції	Командно-координаційні компетенції
Лікар ФРМ	емоційна стійкість; самоконтроль; витримка в умовах дефіциту часу; когнітивна зосередженість	пояснення цілей і логіки втручань; підтримка мотивації; індивідуалізація комунікації під вік / когнітивний рівень	інтеграція даних команди; пріоритизація; швидкий інструктаж; узгодження змін плану
Фахівці з терапії та реабілітації	витривалість до щоденного контакту; толерантність до	чутливість до невербальних сигналів; мікроконсультування	передача спостережень лікарю / психологу; уточнення

Група фахівців	Внутрішньоособистісні компетенції	Міжособистісні (консультативні) компетенції	Командно-координаційні компетенції
	фрустрації; стійкість до «емоційного виснаження»	під час процедур; адаптація інструкцій; педагогічний такт	меж ролі; узгодження домашніх завдань
Клінічні психологи	саморегуляція; професійні межі; витримка в інтенсивних емоційних ситуаціях; готовність до супервізії	психодіагностична комунікація; мотиваційні інтервенції; стабілізаційні техніки; сімейна психоосвіта	переклад психологічних висновків у практичні рекомендації; участь у командних рішеннях; профілактика зривів прихильності
Соціальні працівники	стресостійкість у кризових умовах; уважність до контексту; операційна дисципліна	емпатійне слухання; інформаційне консультування про права / ресурси; медіація «пацієнт-інституції»	координація зовнішніх ресурсів; адвокація інтересів; узгодження соціального плану з клінічним

До таких характеристик належать емоційна стійкість і самоконтроль, здатність до емпатійної взаємодії та професійної дистанції, комунікативна гнучкість, навички короткого інструктажу й пояснення терапевтичної логіки доступною мовою, а також здатність до координації зусиль у команді з урахуванням меж компетенцій кожного учасника (Dovgorolyi & Prokhorovych, 2024). Важливим змістовим ядром цього комплексу виступає консультативний компонент, оскільки саме він пов'язує клінічні рішення з мотиваційною готовністю пацієнта та з реаліями його життєвого середовища.

Подальший виклад структуровано за професійними ролями, які утворюють базове ядро мультидисциплінарної реабілітаційної команди: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фахівці з терапії та реабілітації, клінічні психологи, соціальні працівники. Для кожної групи окреслюються психологічні компетенції, релевантні їхнім трудовим функціям, а також ті точки міжпрофесійного перетину, які визначають узгодженість командної взаємодії та зменшують ризики рольових конфліктів у процесі відновлення.

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини займають центральне місце у мультидисциплінарних командах, адже вони поєднують клінічну

експертизу з координаційною роллю в процесі відновлення функціонування пацієнта. Їхні психологічні компетенції тісно пов'язані як із медичними знаннями, так і з умінням інтегрувати психоемоційний компонент у план лікування. У більшості випадків лікар не обмежується виключно призначенням стандартних методів реабілітації, він вибудовує індивідуальну траєкторію, що враховує тип травми або захворювання, ступінь втрати функції, ресурсний потенціал пацієнта та його мотиваційний рівень.

Такий підхід передбачає систематичне використання принципу поступовості (від простих вправ до складних) і регулярності виконання завдань, що потребує від лікаря стійкої комунікативної здатності підтримувати залученість пацієнта до процесу (Новакова & Отрошко, 2024).

Психологічна готовність лікаря цієї спеціальності має двокомпонентну структуру. Перший компонент — внутрішньоособистісний: емоційна стійкість, самоконтроль, здатність до тривалої концентрації уваги та витримки у стресових умовах (Andriichuk et al., 2023).

Другий — міжособистісний: побудова довірчих відносин із пацієнтом і його оточенням. У практичній роботі це виявляється через чітке пояснення цілей терапії, спільний пошук рішень при виникненні труднощів та корекцію плану за участю інших фахівців команди (Губенко et al., 2023). Особливо виразно ці компетенції проявляються під час ведення пацієнтів після складних переломів нижніх кінцівок, де фізична реабілітація вимагає тривалого часу й високого рівня самоорганізації з боку хворого. Крім того, лікар фізичної та реабілітаційної медицини мусить координувати власні дії із завданнями психолога та соціального працівника.

Така синхронізація дає змогу мінімізувати ризики зриву терапевтичного процесу через психологічні бар'єри чи низьку прихильність до лікування. Роль індивідуального підходу стає особливо помітною при роботі з дітьми або особами похилого віку. У цих випадках лікар враховує когнітивні можливості пацієнта, темп засвоєння нових рухових навичок та толерантність до навантажень (Роменська, 2022).

Психологічна гнучкість допомагає змінювати форму подачі інформації залежно від реакцій співрозмовника. Важливим аспектом є також уміння діяти в умовах дефіциту часу та ресурсів. Робота під час криз, наприклад, воєнного стану або масових травмувань, висуває додаткові вимоги до швидкості діагностичних і терапевтичних рішень (Атрошенко & Кірова, 2024). Лікар повинен залишатися зосередженим на ключових пріоритетах: стабілізація життєвих функцій, попередження ускладнень і паралельна організація роботи інших спеціалістів. У таких ситуаціях консультативна компетентність включає здатність швидко передавати стислі та чіткі інструкції колегам і волонтерам без погіршення якості медичних рішень.

У структурі психологічних компетенцій значне місце займає навичка навчання пацієнтів та членів їхніх родин базовим методам самостійної реабілітації вдома (Новакова & Отрошко, 2024). Це потребує педагогічного такту й розуміння можливостей сімейного середовища підтримувати відновлювальний процес. Залучення родини може знизити рівень соціальної ізоляції пацієнта та пришвидшити його інтеграцію назад у звичне життя. Тут важлива роль лікаря полягає у формулюванні чітких і досяжних цілей для домашнього етапу роботи.

Не можна оминати увагою й знання нормативно-правових аспектів діяльності, сучасна підготовка передбачає сформованість правової обізнаності щодо стандартів ведення документації, вимог безпеки при використанні обладнання та інформованої згоди на процедури (Аравіцька et al., 2024). Цей блок компетенцій забезпечує не лише юридичну захищеність фахівця, але й зміцнює довіру між ним і пацієнтом. Технічні аспекти професії інтегруються із психологічними через постійне оновлення знань щодо методик кінезотерапії та механотерапії. Лікар має розуміти фізіологічний механізм кожної вправи й уміти пояснити його простими словами навіть людині без медичної освіти (Попович, Гавліч, et al., 2024).

Таке поєднання глибинної експертизи з доступною комунікацією — одна з найважливіших особливостей консультативної компетентності.

Суттєву підтримку розвитку цих компетенцій дають участь у програмах підвищення кваліфікації та супервізії. Це дає змогу лікарям аналізувати складні кейси разом із колегами різних профілів і перенаправляти власний досвід на оптимізацію командної взаємодії. Наявність постійного доступу до обміну досвідом забезпечує своєчасне впровадження кращих практик і зміцнює готовність реагувати на нові виклики.

Отже, психологічні компетенції лікаря фізичної та реабілітаційної медицини формуються на перетині технічної точності та гнучкої людяності. Вони охоплюють: вміння адаптувати підходи до роботи залежно від медичних показників і психосоціального контексту; здатність координувати командну роботу й утримувати мотивацію пацієнта; емоційну стійкість для дій у непередбачуваних умовах; педагогічну майстерність при навчанні пацієнтів технік самореабілітації; правову грамотність як основу етичного виконання професійних обов'язків. Саме баланс цих параметрів створює умови для ефективного функціонування спеціаліста в сучасній мультидисциплінарній реабілітаційній моделі лікування (Губенко et al., 2023).

Фахівці з терапії та реабілітації займають особливу позицію у мультидисциплінарних командах, адже їхня діяльність поєднує безпосереднє відновлювальне втручання із опосередкованим психологічним впливом на пацієнта. На відміну від лікарів, вони частіше знаходяться в щоденному контакті з клієнтом під час виконання фізичних вправ чи проходження процедур, що створює додаткові можливості для розвитку консультативної компетентності у форматі «терапевт як комунікатор». Цей контакт має постійний характер і допомагає терапевтам фіксувати зміни у фізичному та емоційному стані пацієнта навіть між основними клінічними оцінками (Попович, Гавліч, et al., 2024).

Часто саме спостереження терапевта стає підґрунтям для корекції програми лікування чи залучення додаткових методів психологічної підтримки. Робота таких фахівців суттєво залежить від здатності поєднувати технічну точність виконання процедур із уважністю до невербальних сигналів

клієнта. Наприклад, у процесі механотерапії або кінезотерапії терапевт може помітити уникання певних рухів через страх або біль і м'яко адаптувати інструктування таким чином, щоб допомогти пацієнтові подолати бар'єр (Губенко et al., 2023). Це вже не просто корекція фізичного навантаження, а одночасно робота з психоемоційними установками хворого. Такі навички потребують високої емоційної стійкості фахівця, оскільки щоденна взаємодія з пацієнтами різного рівня мотивації може бути виснажливою (Andriichuk et al., 2023).

Виконуючи функцію консультанта всередині команди, терапевт передає свої спостереження лікарю чи психологу в чіткій і зрозумілій формі, що є елементом міжпрофесійної комунікації. Це вимагає гнучкого використання професійної термінології, більш детально при внутрішньок командному обговоренні й простіше під час бесід із пацієнтом чи його родиною (Каряка, 2023). У випадках роботи з дітьми або людьми старшого віку важливо адаптувати мову інструкцій до когнітивних можливостей та культурних звичок конкретної групи (Роменська, 2022), що значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів. Особливе значення має залучення пацієнта до активної участі у власній реабілітації. Терапевт стимулює людину брати відповідальність за виконання призначених вправ поза межами медичного закладу, проводячи інструктаж і переконуючи у важливості дотримання режиму (Попович, Гавліч, et al., 2024).

У роботі з військовослужбовцями чи постраждалими внаслідок бойових дій додається фактор роботи з посттравматичним стресовим розладом: тут необхідно інтегрувати елементи психологічної стабілізації й мотиваційного консультування без втрати фокусу на фізичному аспекті відновлення (Andriichuk et al., 2023). Робочий день фахівця з терапії та реабілітації нерідко включає координацію із соціальними працівниками для вирішення супутніх питань, від організації доступного середовища до узгодження графіку домашніх візитів. Така взаємодія потребує не лише комунікативних здібностей, але й розуміння меж компетентності кожного

учасника команди (Dovgorolyi & Prokhorovych, 2024), адже втручання у сфери інших спеціалістів без погодження може призвести до конфліктів та дублювання функцій.

В умовах кризових ситуацій, війни чи масових травмувань роль терапевтів набуває ще більшої ваги. Вони часто працюють у режимі дефіциту ресурсів, коли потрібно швидко добирати альтернативні методи реабілітації або організовувати групові сесії для кількох пацієнтів одночасно (Атрошенко & Кірова, 2024). Емоційна витримка й здатність концентруватись на головному стають критично важливими як для них самих, так і для загальної стабільності команди (Овчаренко, 2022). Суттєвою частиною консультативної компетентності терапевтів є педагогічний компонент: навчити пацієнтів правильному виконанню вправ і пояснити логіку їх впливу на відновлення функцій тіла настільки доступно, щоб клієнт міг самостійно продовжити роботу вдома (Попович, Гавліч, et al., 2024). Такий підхід доповнюється роз'ясненням можливих ризиків при порушенні рекомендацій і важливості своєчасного повідомлення про будь-які зміни стану.

Підготовка цих фахівців після університетських курсів включає стажування та спеціалізовані тренінги на базі медичних центрів, де майбутні терапевти набувають досвіду командної роботи та паралельно розвивають навички управління власним психоемоційним станом (Нікітіна et al., 2021). Супервізія на цьому етапі дає змогу швидко виправляти помилки й адаптувати стратегії взаємодії до потреб різних груп пацієнтів. Таким чином, діяльність фахівців з терапії та реабілітації перебуває на перетині технічних методик і психологічних стратегій підтримки клієнта. Вони забезпечують безперервний контакт між пацієнтом та командою, сприяють інтеграції результатів фізичних втручань із загальною програмою лікування та виступають важливою ланкою у формуванні позитивного мотиваційного середовища в процесі відновлення. Їхня консультативна компетентність охоплює гнучкість комунікації, уміння працювати в умовах високої напруги та багатозадачності, педагогічну здатність передавати знання про техніки самопідтримки й уважність до

психоемоційних сигналів клієнта як основу персоналізованої реабілітаційної стратегії.

Клінічні психологи у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд виконують широкий спектр завдань, який охоплює оцінку психоемоційного стану пацієнта, розробку програм психологічної підтримки та інтеграцію цих програм у комплексну модель відновлення. Їхня консультативна компетентність включає в себе як глибинні знання з психології травми, стресових розладів та коморбідних психічних станів, так і навички ефективної комунікації з іншими фахівцями команди. На відміну від багатьох інших спеціалістів, психолог безпосередньо працює з мотиваційними ресурсами пацієнта та його здатністю активно брати участь у процесі реабілітації (Губенко et al., 2023). Ключовим аспектом їхньої роботи виступає застосування методик психотерапевтичного втручання, адаптованих до умов медико-соціальної реабілітації (Чуйко та ін., 2021; Мисула та ін., 2023). Вони використовують як традиційні когнітивно-поведінкові стратегії, так і більш спеціалізовані техніки, спрямовані на опрацювання посттравматичних спогадів. Прикладом є EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка рухами очей), яка демонструє ефективність при зменшенні інтенсивності негативного емоційного навантаження (Вдовіченко et al., 2023). Цей метод має бути впроваджений у тісній координації з планом фізичної реабілітації пацієнта, щоб уникнути конфлікту графіків або перевантаження.

Консультативна компетентність клінічних психологів передбачає високий рівень емпатії, здатності сприймати внутрішній світ клієнта й співвідносити отриману інформацію з потребами лікувального процесу (Роменська, 2022). Для цього необхідне уважне відстеження невербальних сигналів і динаміки настрою, що часто стають індикаторами прихованих проблем чи бар'єрів для прогресу у фізичній сфері. Така чутливість дає можливість своєчасно коригувати як психологічні протоколи роботи, так і рекомендації колег-лікарів чи терапевтів. Клінічний психолог активно залучається до командних обговорень складних випадків. Його роль полягає

не лише в оцінці емоційних реакцій пацієнта, але й у прогнозуванні поведінкових тенденцій на основі аналізу попередніх патернів контактів. Скажімо, якщо відзначається низький рівень дотримання домашніх вправ через апатію або страх болю, психолог може запропонувати мотиваційні інтервенції й адаптувати комунікаційну стратегію команди під ці особливості (Dovgorolyi & Prokhorovych, 2024; Кара та ін., 2022). Це створює цільове середовище підтримки, де кожен спеціаліст діє узгоджено.

У рамках кризових ситуацій чи підвищених навантажень, наприклад, при роботі з військовослужбовцями або цивільними особами після бойових травм, клінічний психолог мусить швидко створювати стабілізуючу терапевтичну атмосферу (Атрошенко & Кірова, 2024). Це включає використання короткострокових методів стабілізації (контроль дихання, тілесно-орієнтовані техніки) та одночасне формування довгострокового плану психічної реадаптації.

В умовах групової роботи додатковою складністю стає необхідність балансувати між потребами окремої особи та загальною динамікою колективної сесії. Посилена увага приділяється розвитку stress management стратегій для фахівця, адже робота із пацієнтами підвищеного ризику виснаження потребує стабільного емоційного фону консультанта. Здатність клінічного психолога утримувати власну працездатність в умовах високої інтенсивності консультацій прямо корелює з якістю допомоги (Andriichuk et al., 2023). Тут важливе значення має наявність внутрішніх регуляторних механізмів, усвідомлення меж професійної ролі та своєчасне відновлення власних ресурсів. Важливим педагогічним компонентом діяльності є навчання пацієнтів та їхніх родин технік самодопомоги й способів запобігання рецидиву або погіршення психоемоційного стану. Психолог готує сім'ю до підтримки мотивації хворого між сеансами, пояснюючи значення регулярності виконання призначених вправ або відвідування контрольних зустрічей (Школьник & Михальчук, 2022). Це створює превентивний контур підтримки всередині соціального оточення пацієнта. Інтеграція етнокультурного

контексту в роботу клінічного психолога додає ще один рівень консультативної компетентності (Іванчук & Георгян, 2023). При взаємодії із представниками різних культур необхідно враховувати традиційні моделі вираження емоцій, ставлення до медичних процедур чи до ролі сім'ї в процесі лікування. Адаптація змісту консультації до цих факторів дає змогу уникати непорозумінь і зміцнювати довіру клієнта. Нерідко робота психолога переплітається із соціальною сферою, він забезпечує зв'язок пацієнта зі службами підтримки, координує із соціальними працівниками вирішення питань облаштування побуту або отримання соціальних пільг (Dovgorolyi & Prokhorovych, 2024). У таких випадках консультативна компетентність проявляється як уміння транслювати результати психологічної оцінки мовою практичних рекомендацій для суміжних фахівців. Це усуває бар'єри між професійними «мовами» і сприяє ефективнішій командній взаємодії.

Супервізія займає важливе місце у професійному розвитку клінічного психолога. Постійний аналіз кейсів разом із досвідченішими колегами забезпечує якісний контроль над практикою й своєчасне оновлення методик відповідно до сучасних стандартів. Паралельно такі заходи формують культуру критичного мислення й здатність бачити власну роботу в контексті загальної стратегії реабілітації. Отже, консультативна компетентність клінічного психолога поєднує гнучкість комунікативних стратегій і точність психодіагностичних висновків; емпатичну чутливість до стану пацієнта та стійкість до впливу інтенсивно емоційних ситуацій; здатність інтегрувати свої рекомендації в мультидисциплінарний план; передачу знань про самодопомогу сім'ї і близьким; культурну адаптивність при різноманітні клієнтських груп; відповідальну координацію із суміжними професійними секторами для забезпечення максимально повної підтримки людини на шляху її фізичного та психоемоційного відновлення (Губенко et al., 2023).

Соціальні працівники у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд виконують широкий спектр завдань, пов'язаних із соціальною інтеграцією пацієнтів, координацією допомоги та забезпеченням

доступу до необхідних ресурсів. На відміну від лікарів чи психологів, вони зосереджуються на мінімізації наслідків соціальної ізоляції для осіб, котрі пережили серйозні травми або мають інвалідність (Роменська, 2022). Їхня консультативна компетентність охоплює вміння визначати потреби пацієнта у соціальних послугах, адаптувати рекомендації до умов життя і культури конкретної особи, а також інтегрувати ці заходи у загальний план реабілітації команди.

Однією з ключових психологічних характеристик соціального працівника є здатність до емпатійного слухання та аналізу контексту запиту клієнта. При спілкуванні з пацієнтом чи його родиною він має уважно сприймати вербальні й невербальні сигнали, щоб краще зрозуміти бар'єри для інтеграції, наприклад, недовіру до інституцій або страх втрати автономії (Вербовська & Кравченко, 2023). Таке розуміння дає змогу підібрати більш прийнятні форми взаємодії, що враховують емоційний фон людини. Крім того, саме соціальний працівник нерідко координує між медичною частиною команди та зовнішніми організаціями: благодійними фондами, волонтерськими ініціативами чи службами державної підтримки (Атрошенко & Кірова, 2024). Така координація вимагає чітких комунікативних навичок і здатності перекладати професійну мову колег на формулювання, зрозумілі нефахівцям.

Практична діяльність соціального працівника часто включає інформаційне консультування, пояснення пацієнтам їхніх прав на отримання певних послуг чи пільг відповідно до чинного законодавства (Аравіцька et al., 2024). У цьому аспекті важливими є не лише знання нормативної бази, але й уміння донести інформацію так, щоб вона не перевантажувала клієнта деталями й водночас залишалася коректною та повною. Робота з документами, заявками й запитамі доповнюється функцією «адвокації», захисту інтересів пацієнта при взаємодії з бюрократичними структурами. Взаємодія соціального працівника з іншими членами мультидисциплінарної команди вимагає високого рівня консультативної компетентності зі сторони координації завдань (Царенко, 2018). Наприклад, якщо психолог діагностував високий

рівень тривожності через нестабільне житлове становище клієнта, соціальний працівник має швидко підключити ресурси для вирішення цього питання, звернутися до місцевих програм тимчасового проживання або налагодити контакт із відповідними службами (Dovgorolyi & Prokorovych, 2024). Це не лише прискорює фізичну й психоемоційну стабілізацію пацієнта, але й створює додатковий мотиваційний стимул для участі в програмах реабілітації.

Особливе значення мають компетенції роботи із сім'ями пацієнтів. Соціальний працівник виконує роль медіатора між родиною та командою фахівців: він пояснює специфіку обмежень пацієнта після травми або хвороби й пропонує практичні способи організації побуту так, щоб підтримувати незалежність людини та її психологічний комфорт (Вербовська & Кравченко, 2023). Прикладом може бути адаптація житла, організація доступного середовища (пандуси, модифікація меблів тощо), яку необхідно узгодити як з фізичним терапевтом (щодо безпечності пересування), так і з лікарем (щодо відповідності медичним рекомендаціям).

У кризових умовах, під час воєнного стану чи масових травматичних подій діяльність соціальних працівників змінюється від переважно координуючої до безпосередньо підтримувальної. Вони здійснюють первинне інформування постраждалих про доступні ресурси, організовують групи тимчасової допомоги та забезпечують логістичну складову евакуації або переселення (Атрошенко & Кірова, 2024). У таких випадках психологічна стійкість стає критично важливою: фахівець мусить працювати у високонапружених ситуаціях без втрати здатності адекватно оцінювати потреби й пріоритети клієнтів (Овчаренко, 2022). Соціально-психологічна роль цих фахівців часто виходить за межі стандартної роботи: вони беруть участь у плануванні довготривалих програм підтримки для осіб із хронічними захворюваннями чи стійкою інвалідністю. Це включає індивідуалізоване консультування щодо працевлаштування або повернення до навчання, сприяння у підготовці до виконання трудових завдань після періоду реабілітації (Вербовська & Кравченко, 2023). Тут особливого значення

набувають навички налагодження контакту зі сферою освіти та роботодавцями, адже успішна інтеграція передбачає створення максимально сприятливих умов на всіх етапах повернення особи до суспільного життя.

Часто робота соціального працівника передбачає також культурну чутливість, при роботі з представниками різних етнічних груп він має враховувати специфіку сімейних цінностей і норм поведінки. Це стосується навіть того, як формулюються запити на допомогу чи сприймаються пропозиції щодо зміни способу життя (Іванчук & Георгян, 2023). Адаптуючи свої повідомлення до культурного контексту клієнта, соціальний працівник підвищує ефективність консультивання й зменшує ризики непорозумінь. Інтеграційна функція цих фахівців виразно проявляється у командних обговореннях: вони забезпечують зв'язок між клінічною оцінкою стану пацієнта і його здатністю реалізувати призначені рекомендації в реальних життєвих умовах. Якщо лікар призначає комплекс вправ або процедур, соціальний працівник оцінює доступність ресурсів (транспорт, фінанси) і допомагає усунути перешкоди для дотримання плану лікування (Попович, Гавліч, et al., 2024).

Консультативна компетентність соціальних працівників формується як поєднання організаторських здібностей, юридичної грамотності та комунікативної гнучкості. Вона передбачає швидке реагування на зміни в обставинах життя клієнта; уміння знаходити компроміс між вимогами інституцій та інтересами пацієнтів; здатність працювати одночасно в ролі координатора ресурсів і психологічного підтримувача. Саме цей баланс дає змогу їм бути ключовими учасниками мультидисциплінарних команд і суттєво впливати на успішність процесу реабілітації через забезпечення її соціальної складової (Dovgorolyi & Prokorynych, 2024). У межах мультидисциплінарної реабілітації психологічні компетенції фахівців проявляються не лише як індивідуальні характеристики, а і як функціональні умови узгодженості командної роботи в конкретних робочих ситуаціях. Саме типові задачі міжпрофесійної взаємодії, зокрема планування індивідуальної траєкторії відновлення, корекція навантаження з урахуванням емоційного стану, підготовка домашнього етапу та

робота з родиною, задають вимоги до комунікації щодо її чіткості, адаптивності, етичності й здатності підтримувати мотиваційну участь пацієнта. Відтак для аналітичної фіксації ключових ситуацій взаємодії, психологічного змісту комунікації, потенційних ризиків і робочих механізмів профілактики комунікаційних збоїв узагальнення подано в *табл. 1.11*.

Таблиця 1.11

**Типові задачі у взаємодії фахівців різних спеціальностей
та її психологічні особливості**

Задача	Учасники	Психологічний зміст взаємодії	Ризики при дефіциті компетенцій	Робочий механізм профілактики
Узгодження індивідуальної траєкторії реабілітації	лікар ФРМ, терапевт, психолог	спільне визначення цілей, темпу, меж навантаження; підтримка мотивації	суперечливі інструкції; падіння прихильності	короткі командні обговорення; фіксація спільних цілей
Подолання страху руху / болю під час процедур	терапевт, психолог, лікар ФРМ	регуляція тривоги; адаптація інструкцій; дозування навантаження	уникання вправ; зрив програми	узгоджений скрипт пояснення; поетапність і контроль реакцій
Підготовка домашнього етапу реабілітації	лікар ФРМ, терапевт, соціальний працівник	педагогічне пояснення; оцінка реалістичності завдань; підтримка сім'ї	невиконання рекомендацій; травматизація через помилки	перевірка розуміння; інструкції «крок за кроком»; контрольні точки
Робота з родиною як ресурсом підтримки	психолог, лікар ФРМ, соціальний працівник	психоосвіта; зниження конфліктів; домовленості щодо підтримки	перевантаження сім'ї; опір; ескалація напруги	структуровані консультації; чіткі ролі сім'ї; межі відповідальності
Соціальна інтеграція / ресурсне забезпечення	соціальний працівник, психолог	зниження ізоляції; подолання недовіри до інституцій	відмова від послуг; втрата ресурсів	медіація; інформування без перевантаження; адвокація
Кризові стани / дефіцит часу і ресурсів	усі ролі	короткі рішення; стійкість команди; контроль емоційної напруги	хаотичність; домінування однієї професії; комунікаційні збої	протоколи взаємодії; короткі інструктажі; розподіл ролей

Взаємодія фахівців різних спеціальностей в реабілітаційній команді має чітко окреслений психологічний зміст, який виходить за межі обміну клінічною інформацією. У кожній типовій задачі комунікація виконує регуляторну функцію: вона забезпечує узгодження цілей і темпу втручання, підтримує прихильність пацієнта, знижує ризики уникання або зриву програми через страх болю, а також переводить клінічні призначення в реалістичні домашні та соціальні сценарії виконання.

Одночасно найбільш частими зонами вразливості є суперечливі інструкції, неповнота передачі спостережень, рольове домінування окремої професії та комунікаційні збої в умовах дефіциту часу; відповідно, ефективність підвищується з використанням стандартизованих протоколів взаємодії, коротких командних обговорень, узгоджених комунікаційних «скриптів» і попередньо відпрацьованого розподілу ролей у кризових сценаріях.

Становлення консультативної компетентності майбутніх фахівців МДК є керованим педагогічним процесом, детермінованим організаційно-змістовими характеристиками освітнього середовища. Визначення педагогічних умов і чинників цього процесу можливе лише на підставі системного аналізу нормативних документів, що регламентують вимоги до компетентностей чотирьох цільових груп: лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фахівців з терапії та реабілітації, психологів та соціальних працівників. Сукупність виявлених компетентнісних вимог слугує підґрунтям для операціоналізації структурних компонентів теоретичної моделі (рис. 1.1).

Кваліфікаційна характеристика лікаря ФРМ (МОЗ України, 2018) встановлює, що фахівець другої категорії зобов'язаний проводити оцінку та критичний огляд реабілітаційних втручання усіх членів команди, застосовувати психологічну оцінку та втручання включно з рекомендаціями, а також здійснювати активну міжпрофесійну взаємодію з лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями психічного здоров'я та соціальними

працівниками. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (Верховна Рада України, 2020) у ст. 18 визначає консультативну функцію лікаря ФРМ як системоутворювальну щодо координації командних рішень. Типове положення про МДК (Кабінет Міністрів України, 2021) конкретизує цю функцію через вимоги до спільного планування реабілітаційного плану та міжпрофесійного обміну інформацією.

Стандарт вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (МОН України, 2018, зі змінами 2022 р.) серед програмних результатів навчання фіксує такі, що безпосередньо стосуються консультативної компетентності: ПРН 15 — здатність вербально й невербально спілкуватися у мультидисциплінарній команді з особами різними за віком, освітою, психологічними й когнітивними якостями; ПРН 16 — проведення інструктажу та навчання клієнтів, членів їх родин і колег; ПРН 17 — оцінювання результатів виконання програм та їх модифікація. Актуалізовані редакції стандарту 2024 р. (МОН України, 2024а; 2024б) посилюють вимоги другого (магістерського) рівня щодо командної взаємодії, доказового прийняття клінічних рішень та міжпрофесійної відповідальності.

Професійний стандарт «Соціальний працівник» (Мінсоцполітики України, 2019) виокремлює трудові функції, що операціоналізуються через консультативну взаємодію: оцінювання соціальних потреб особи, планування й моніторинг соціальних втручань, координація з іншими фахівцями команди, надання консультацій родичам і опікунам. Реалізація цих функцій передбачає розвиненість комунікативного, координаційного та рефлексивного компонентів консультативної компетентності.

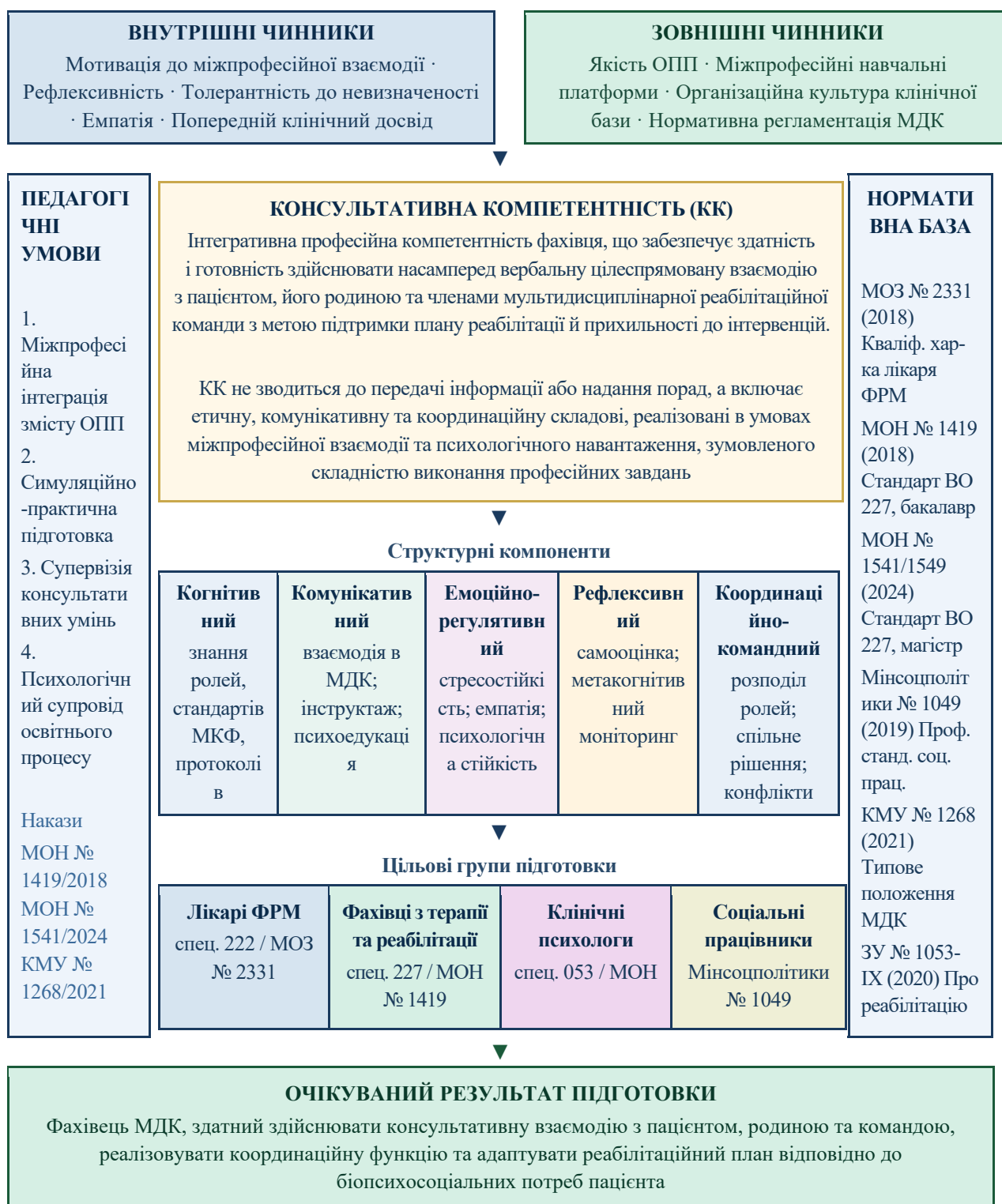


Рис. 1.1. Теоретична модель психологічних особливостей консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд

Стандарт вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» (МОН України, 2020) визначає, що клінічний психолог здійснює консультативні, психодіагностичні та психокорекційні функції в міждисциплінарному середовищі охорони здоров'я. Ці функції потребують інтеграції когнітивного (знання психодіагностичних протоколів), емоційно-регулятивного (робота з емоційно навантаженими пацієнтами) та рефлексивного (метакогнітивний моніторинг власної практики) компонентів консультативної компетентності.

Порівняльний аналіз виявлених нормативних вимог засвідчує конвергенцію трьох наскрізних компетентнісних блоків для всіх чотирьох цільових груп: *комунікативна взаємодія в умовах МДК, координація командних рішень і рефлексія власної ролі та компетентності*. Ці блоки становлять нормативне підґрунтя відповідних структурних компонентів теоретичної моделі.

На підставі проведеного аналізу нормативних документів виокремлено чотири педагогічні умови, виконання яких є необхідним для цілеспрямованого формування консультативної компетентності майбутніх фахівців МДК.

1. Міжпрофесійна інтеграція змісту освітньо-професійних програм.

Включення до ОПП усіх чотирьох спеціальностей навчальних модулів, що моделюють командну реабілітаційну взаємодію, відповідає вимогам стандарту 227 (МОН України, 2018) щодо формування здатності до роботи в МДК та ст. 18 Закону «Про реабілітацію» (Верховна Рада України, 2020), яка визначає командний характер реабілітаційного процесу як обов'язкову умову надання допомоги.

2. Симуляційно-практична підготовка з моделюванням командної взаємодії.

Застосування реальних та симульованих клінічних ситуацій для розвитку комунікативних і координаційних умінь відповідає вимогам кваліфікаційної характеристики лікаря ФРМ (МОЗ України, 2018) щодо критичного огляду втручань та Типового положення про МДК (Кабінет Міністрів України, 2021) щодо командного прийняття рішень.

Реалізація цієї умови передбачає організацію міжпрофесійних тренінгів за участю здобувачів різних спеціальностей.

3. Системна супервізія консультативних умінь. Включення рефлексивних практик і структурованого зворотного зв'язку від клінічних наставників є необхідним для розвитку рефлексивного компонента консультативної компетентності. Ця умова відповідає принципу безперервного професійного розвитку, закріпленому в Постанові КМУ № 1036 (2023), яка зобов'язує здобувачів спеціальностей 222 та 227 здійснювати безперервний розвиток після отримання документа про вищу освіту.

4. Психологічний супровід освітнього процесу. Цілеспрямований розвиток емоційно-регулятивного компонента компетентності через тренінгові, рефлексивні та корекційні програми відповідає вимогам стандарту 053 щодо підготовки клінічного психолога до роботи з емоційно навантаженими ситуаціями (МОН України, 2020), а також функціям соціального працівника, що передбачають роботу з вразливими групами населення (Мінсоцполітики України, 2019).

Чинники формування консультативної компетентності структуровано за двома рівнями — внутрішнім і зовнішнім — відповідно до загальної логіки детермінізму в психологічній науці. Така диференціація є операціонально доцільною: внутрішні чинники визначають індивідуальну траєкторію формування компетентності, тоді як зовнішні задають інституційні умови цього процесу.

До *внутрішніх чинників* належать: рівень мотивації до міжпрофесійної взаємодії (Wei et al., 2022; Kaihlaniemi et al., 2023); індивідуально-психологічні властивості, толерантність до невизначеності, рефлексивність, емпатія, що складають психологічне підґрунтя консультативних умінь (Oddli et al., 2021; Pauling, 2023); попередній клінічний досвід, що визначає рівень практичного розуміння командної взаємодії (Geese & Schmitt, 2023); особистісна зрілість,

яка корелює з розвиненістю рефлексивного компонента (Parageorgi et al., 2024).

До *зовнішніх чинників* належать: відповідність змісту ОПП вимогам чинних нормативних документів (МОН України, 2018; 2024а; 2024б); доступність міжпрофесійних навчальних платформ і клінічних баз з досвідченим супервізійним складом; організаційна культура реабілітаційних закладів щодо командної взаємодії (Hustoft et al., 2018; O'Sullivan et al., 2025); регуляторна нормативна база МДК, яка задає функціональні вимоги до консультативної діяльності кожного учасника команди (Кабінет Міністрів України, 2021; Верховна Рада України, 2020).

Таким чином, виокремлені педагогічні умови й чинники є детермінантами формування всіх п'яти структурних компонентів теоретичної моделі (*рис. 1.1*): педагогічні умови визначають інституційну архітектуру підготовки, тоді як чинники опосередковують індивідуальну й ситуаційну варіативність цього процесу. Виявлена конвергенція нормативних вимог за чотирма цільовими групами засвідчує наявність спільного компетентнісного ядра, що правомірно розглядати як предмет цілеспрямованої педагогічної дії.

Висновки до першого розділу

Теоретико-методологічний аналіз засвідчив, що мультидисциплінарна реабілітація є організаційно складною формою професійної діяльності, у якій результат відновлення визначається не сумою окремих втручань, а якістю їх узгодження в єдиному плані. Ефективність такої форми залежить від здатності фахівців інтегрувати клінічні, психологічні та соціальні дані про пацієнта, підтримувати безперервність дій та коригувати рішення відповідно до динаміки стану й контекстних умов. Встановлено, що командна взаємодія потребує структурної гнучкості складу, розподілу відповідальності та

процедур колективного ухвалення рішень, які знижують ризик фрагментації допомоги.

Консультативна компетентність майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд концептуалізується як інтегративний професійно-психологічний конструкт, що формується в освітньому процесі та забезпечує готовність до результативної взаємодії з пацієнтом, його родиною і членами команди в умовах реабілітаційної практики. У структурі конструкта виокремлено п'ять взаємопов'язаних компонентів: когнітивний (засвоєння знань про логіку реабілітаційного процесу, функціональні межі ролей і стандарти МКФ); комунікативний (оволодіння вербальними й невербальними засобами професійного діалогу, психоедукації та інструктажу); емоційно-регулятивний (розвиток стресостійкості, емпатії та психологічної стійкості в умовах міжпрофесійної й клінічної напруги); рефлексивний (формування механізмів самооцінки власної компетентності та метакогнітивного моніторингу практики); координаційно-командний (набуття здатності до розподілу ролей, спільного прийняття реабілітаційних рішень і конструктивного управління міжпрофесійними конфліктами).

Психологічні та організаційні детермінанти консультативної компетентності визначаються як взаємопов'язані чинники, що впливають на узгодженість дій команди та прихильність пацієнта до втручань. До ключових передумов віднесено професійну свідомість і сформовані етичні орієнтири, здатність до саморефлексії та саморегуляції в умовах емоційної напруги, комунікативну гнучкість і соціально-перцептивну чутливість, а також чітке розуміння меж власної компетенції та функцій інших фахівців. Доведено, що в реабілітації консультативна взаємодія виконує регуляторну функцію: вона забезпечує узгодження цілей, профілактику суперечливих інструкцій, зниження ризиків рольового домінування та підтримку реалістичності рішень з огляду на життєві умови пацієнта.

Узагальнення показало, що консультативна компетентність передбачає послідовну інтеграцію теоретичних знань, контрольованої практики, продуктивного виконання консультативних дій у складних випадках, подальшого узгодження власних рішень із командними рішеннями та досягнення рівня професійної зрілості, що включає наставництво й ініціювання покращень у командній роботі.

Феноменологія консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд детермінована сукупністю внутрішніх чинників (мотивацією до міжпрофесійної взаємодії, рефлексивністю, толерантністю до невизначеності) та зовнішніх (відповідністю змісту ОПП нормативним вимогам, якістю симуляційно-практичної підготовки та організаційною культурою клінічної бази). Реалізація виокремлених педагогічних умов у підготовці лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів і соціальних працівників створює підґрунтя для становлення фахівця, здатного виконувати консультативну функцію як системоутворювальний елемент діяльності мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Окреслено, що системні бар'єри мультидисциплінарної роботи мають суттєвий вплив на консультативну поведінку фахівців і на стабільність командної координації. До найбільш значущих бар'єрів належать кадрові обмеження і нерівномірність доступу до спеціалістів, комунікаційні збої та дефіцит швидких каналів узгодження, часові обмеження в гострих ситуаціях, недостатній рівень міжпрофесійних навичок і збереження ієрархічних установок, які перетворюють командну взаємодію на епізодичне консультування. Показано, що подолання зазначених бар'єрів потребує регламентації комунікацій, розвитку культури партнерства, використання симуляційних і тренінгових форматів, а також систем супервізійної підтримки й профілактики професійного виснаження.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

У розділі подано організаційно-методичне забезпечення емпіричного дослідження психологічних особливостей консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Консультативну компетентність концептуалізовано як інтегративну психологічну конструкцію та міжпрофесійну основу узгодження ролей, рішень й етичної якості взаємодії в реабілітації з урахуванням нормативних вимог до підготовки лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів і соціальних працівників. Обґрунтовано порівняльний дизайн і модель дослідження, у якій критеріальною змінною виступає ефективність командної взаємодії, а предикторами та механізмами — професійна життєстійкість, копінг-стратегії, особистісні характеристики, соціо-емоційна компетентність, комунікативно-організаторський ресурс і світоглядна гнучкість / ригідність як регулятор готовності до змін. Описано вибірку ($n = 230$) у мультицентровому форматі, критерії включення, етичні принципи проведення опитування, а також комплекс україномовних психодіагностичних методик і статистичну логіку аналізу даних, що забезпечує можливість перевірки міжгрупових відмінностей та предикторно-опосередкованих зв'язків.

2.1. Концептуальні засади емпіричного дослідження

Проблема консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд є актуальною на сучасному етапі розвитку професійної освіти, оскільки саме консультативні дії (пояснення,

узгодження, мотивування, фасилітація прийняття рішень, міжпрофесійні обговорення) забезпечують цілісність пацієнт-орієнтованої реабілітації та координацію втручань. У цьому розумінні консультативна компетентність розглядається нами як інтегративна психологічна конструкція, що поєднує: (а) комунікативно-інтерактивні уміння; (б) рольову визначеність і кордони відповідальності в команді; (в) здатність до узгодження цілей та плану допомоги; (г) етичну регуляцію взаємодії (конфіденційність, коректність, безпечна комунікація); (д) рефлексивність і саморегуляцію у складних навчально-професійних навантаженнях. Відповідно до цього концептуальні засади дослідження вибудовуються не лише «від інструментів», але й від нормативно визначених вимог до результатів підготовки кожної професійної групи.

Як було зазначено вище, ключовим аргументом на користь порівняльного дизайну є те, що здобувачі різних спеціальностей входять у мультидисциплінарну практику з різними «нормативними профілями» компетентностей, однак у реабілітації вони змушені діяти в єдиному просторі узгоджених рішень. Так, для лікаря фізичної та реабілітаційної медицини консультативна компетентність нормативно «вбудована» у вимоги до професійної комунікації з пацієнтом / родиною, колегами й іншими фахівцями, включно з членами мультидисциплінарної команди, а також у здатність навчати пацієнтів, родину й членів команди та реалізовувати принципи реабілітаційної допомоги саме мультидисциплінарною моделлю. У зв'язку з цим логічно вважати, що для цієї групи консультативна компетентність має «координаційно-лідерську» специфіку: вона пов'язана з ініціюванням командних обговорень, узгодженням SMART-цілей і підтриманням цілісності плану втручань у динаміці.

Разом із тим для фахівців з терапії та реабілітації консультативна компетентність у стандартах підготовки безпосередньо пов'язується з готовністю здійснювати професійну діяльність у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди та з вимогами ефективної професійної комунікації і ведення документації. У цьому розумінні консультативні дії зазначених

фахівців мають «процедурно-інтеракційну» специфіку: вони забезпечують перенесення оцінки функціонування в коректні інтервенції, пояснення втручань і їхніх обмежень, узгодження інтенсивності / послідовності з іншими членами команди та підтримку комплаєнсу через зрозумілу, етичну й структуровану комунікацію.

Таблиця 2.1

Нормативні акценти консультативної компетентності за спеціальностями (узагальнення)

Професійна група	Нормативний документ (підстава)	Ядро вимог, релевантних консультативній компетентності (сміслові акценти)	Імплікація для міждисциплінарної взаємодії
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Програма / вимоги інтернатури (МОЗ України, 2018)	Комунікація з пацієнтом / родиною / колегами та іншими фахівцями, включно з членами МД-команди; навчання пацієнтів, родини й членів команди; реалізація принципів реабілітації мультидисциплінарною моделлю	Координація командних рішень; узгодження цілей і плану; підтримка цілісності втручань
Фахівці з терапії та реабілітації	Стандарт вищої освіти (магістр) (МОН України, 2018, зі змінами 2022)	Діяльність у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди; ефективна професійна комунікація та документування	Узгодження інтервенцій і навантаження; внесок у командні процеси; прозора передача інформації
Клінічні психологи	Стандарт вищої освіти 053 (магістр) (МОН України, 2020)	Консультаційні технології психологічної допомоги; здатність здійснювати психологічне консультування; взаємодія з іншими фахівцями	Переклад психологічних даних на командно-придатні формулювання; етичне узгодження втручань
Соціальні працівники	Стандарт вищої освіти 231 (магістр) (МОН України, 2019)	Переговори, результативні бесіди, толерантність до альтернативних думок; організація спільної діяльності фахівців різних галузей; ініціювання командоутворення та координація команди	Міжвідомча координація; фасилітація домовленостей; підтримка клієнт-орієнтованості в ресурсних обмеженнях

Не менш показово, що у стандарті магістерської підготовки психологів прямо окреслюється сфера технологій психологічної допомоги, серед яких фігурують консультаційні та просвітницькі практики, а також закладено вимоги до здатності здійснювати психологічне консультування й взаємодіяти з іншими фахівцями в контекстах надання допомоги. Отже, консультативна компетентність майбутніх клінічних психологів, відповідно до логіки нашого дослідження, має «клінічно-рефлексивний» характер: вона спирається на професійне мислення, етику, точність формулювань (зокрема, при обговоренні ризиків і ресурсів) та здатність переводити психодіагностичні / клінічні висновки у форму, придатну для міжпрофесійного узгодження.

Водночас у стандарті підготовки магістрів соціальної роботи акцентовано здатність вибудовувати професійні взаємини, аргументувати й вести результативні переговори та бесіди, а також, що принципово для нашого предмета, організовувати спільну діяльність фахівців різних галузей, ініціювати командоутворення і координувати командну роботу. У зв'язку з цим консультативна компетентність майбутніх соціальних працівників набуває «міжвідомчо-координаційної» специфіки: вона реалізується в погодженні ресурсів, маршрутизації, представництві інтересів клієнта, а також у фасилітації командних домовленостей у ситуаціях дефіциту часу та суперечливих вимог.

Отже, зібраний і проаналізований нормативний матеріал дає змогу дійти такого висновку: консультативна компетентність не є «додатковою м'якою навичкою», а становить наскрізний механізм, через який у реабілітації реалізується рольова взаємодоповнюваність, командні процеси та етична якість допомоги. Саме тому в нашому дослідженні вона операціоналізується через індикатори командної ефективності (як критеріальної змінної) та систему психологічних ресурсів, що забезпечують результативну консультаційну взаємодію в команді.

Доцільно підкреслити, що наведені нормативні акценти демонструють принципово спільну для всіх чотирьох спеціальностей логіку: консультативна компетентність постає як механізм реалізації професійної ролі в системі командних рішень, а не як факультативна комунікативна «надбудова». У зв'язку з цим стає очевидним, що відмінності між професійними групами стосуються насамперед функціонального «профілю» консультативності: для лікаря ФРМ вона більш виражено має координаційно-управлінський і освітній (навчальний) вимір; для фахівця з терапії та реабілітації: процесуально-інтеракційний компонент, пов'язаний з узгодженням і виконанням реабілітаційних втручань; для клінічного психолога: клінічно-рефлексивний та етико-комунікативний вимір; для соціального працівника: міжвідомчо-координаційний і переговорний компонент. Отже, таблиця 2.1 не лише фіксує нормативні підстави значущості консультативної компетентності, але й обґрунтовує правомірність порівняльного дизайну як способу емпірично виявити, якими саме психологічними ресурсами і механізмами забезпечується ця компетентність у різних траєкторіях професійної підготовки.

Слід зазначити, що співвіднесення компонентів консультативної компетентності з нормативними вимогами кожної спеціальності дає змогу розглядати її як міжпрофесійну «спільну мову» реабілітації, тобто як сукупність психологічних механізмів, завдяки яким різні професійні перспективи стають узгодженими у єдиному плані допомоги. Відповідно до цього комунікативна точність, рольова визначеність, етична регуляція, пояснювально-освітній компонент та саморегуляція в навантаженні виступають не окремими навичками, а взаємопов'язаними вимірами, що забезпечують якість командних процесів (узгодження цілей, розподіл функцій, вирішення проблем, підтримання робочих взаємин). З огляду на зазначене вище саме ці компоненти є методологічно релевантними для подальшої операціоналізації в емпіричній частині дослідження: з одного боку, вони дають змогу осмислено інтерпретувати показники командної

ефективності як зовнішній критерій реалізації консультативності, а з іншого — задають логіку добору психологічних предикторів, які пояснюють відмінності у сформованості консультативної компетентності між майбутніми представниками різних професійних груп (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

**Компоненти консультативної компетентності як міжпрофесійної
«спільної мови» реабілітації (нормативно-сміслова відповідність)**

Компонент консультативної компетентності	Лікар ФРМ	Терапія та реабілітація	Клінічна психологія	Соціальна робота
Комунікативна точність і зрозумілість	Комунікація з пацієнтом / родиною / командою	Професійна комунікація, передача інформації	Консультаційні практики, просвітництво	Переговори, результативні бесіди, дискусії
Рольова визначеність і координація рішень	Командна координація і навчання	Робота в МД-команді, узгодження втручань	Взаємодія з іншими фахівцями	Командоутворення, координація команди
Етична регуляція взаємодії	Конфіденційність і професійна коректність у команді	Етичність комунікації та документації	Етичні норми психологічної допомоги	Етичні принципи і стандарти соціальної роботи
Пояснювально-освітній компонент	Навчання пацієнта / родини / команди	Пояснення інтервенцій і режимів	Психоедукація, консультування	Підготовка залучених осіб до виконання завдань соціальної роботи
Рефлексивність і саморегуляція в навантаженні	Підтримка професійної стійкості в командних рішеннях	Самоменеджмент у взаємодії	Рефлексивність професійного мислення	Рефлексивні практики, запобігання вигоранню

Отже, здійснене узагальнення нормативних вимог і їх концептуальне зіставлення дає всі підстави дійти висновку про те, що консультативна компетентність є системоутворювальним чинником готовності майбутніх фахівців до діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах і водночас спільним міжпрофесійним ресурсом, який забезпечує узгодження

ролей, координацію рішень, етичну якість взаємодії та реалізацію пацієнт-орієнтованих цілей. У зв'язку з цим правомірним є її розгляд як інтегративної психологічної конструкції, що має варіативні професійні «профілі» (координаційно-лідерський у лікаря ФРМ, процесуально-інтеракційний у фахівців з терапії та реабілітації, клінічно-рефлексивний у психологів, міжвідомчо-координаційний у соціальних працівників), але реалізується через спільні механізми комунікації, саморегуляції, соціо-емоційної компетентності та рольової взаємодії. Таким чином викладені концептуальні засади обґрунтовують вибір порівняльного дизайну та подальшу операціоналізацію консультативної компетентності через критеріальні показники командної ефективності й систему психологічних предикторів, що в сукупності забезпечує методологічну цілісність емпіричного дослідження.

2.2. Модель, мета, завдання і зміст емпіричного дослідження консультативної компетентності

Проблема моделювання емпіричного дослідження консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд є актуальною на сучасному етапі розвитку науки й професійної підготовки, оскільки зазначена компетентність проявляється не як ізольована навичка, а як результат узгодженої роботи кількох психологічних систем, а саме: комунікативної, емоційно-регуляторної, мотиваційної та диспозиційної. У зв'язку з цим можемо стверджувати, що для методологічно коректного дослідження необхідна операціональна модель, подана нами у вигляді таблиці 2.3, яка за своїм змістом є методичним доповненням теоретичної моделі та дає підстави для створення і верифікації емпіричних моделей. Такий спосіб моделювання «теоретична — операціонально-методична — емпірична» модель одночасно фіксує (а) результативний командний прояв консультативної

компетентності, (б) психологічні механізми, через які цей прояв формується; та (в) регулятори, що підсилюють або послаблюють реалізацію цих механізмів у ситуації навчально-професійних навантажень і міжпрофесійної взаємодії. Відповідно до цього запропонована модель не є довільним набором показників: вона відображає багаторівневу логіку консультативної компетентності в реабілітації, де саме командні процеси (узгодження ролей, вирішення проблем, підтримання взаємовідносин, відданість спільній меті, навчання і розвиток) виступають «зовнішнім» критерієм того, наскільки консультативність реалізується у реальній взаємодії.

Як уже зазначалося вище, ефективність командної взаємодії в міждисциплінарних командах розглядається як інтегральний критерій, що відображає поведінкову реалізацію консультативної компетентності в команді, а саме: якість ролей, процесів, взаємовідносин, проблем-розв'язання, ентузіазму / відданості та навчання. Разом із тим критеріальна змінна не пояснює причин індивідуальних відмінностей, тому в модель включено проксимальні механізми, які безпосередньо забезпечують консультаційну взаємодію: соціо-емоційну компетентність (усвідомлення / регуляція емоцій, соціальне керування, самоефективність) і комунікативно-організаторський ресурс (здатність ініціювати контакт, структурувати взаємодію, координувати спільні дії). У зв'язку з цим ці змінні методологічно правомірно трактуються як ключові психологічні «мости» між ресурсами стійкості / особистісними характеристиками та командною ефективністю. Отже, саме вони створюють підґрунтя для перевірки медіаційних припущень.

Водночас для реабілітаційних команд принципово важливим є вимір готовності до змін і толерантності до невизначеності, тому світоглядна гнучкість / ригідність включається в модель як регулятор (модератор) інтенсивності та напрямку зв'язків між ресурсами й командною результативністю.

Таблиця 2.3

**Операціональна модель змінних
та їхня функція в поясненні консультативної компетентності**

Компонент моделі	Рівень у концептуальній логіці	Функція в моделі (роль)	Пояснювальний зміст для консультативної компетентності
Ефективність командної взаємодії в МДРК	Результативний (командний вихід)	Критерій (ціль аналізу / прогнозу)	Інтегральний показник того, наскільки консультативні дії реалізуються в командних процесах (ролі, процеси, взаємовідносини, вирішення проблем тощо)
Соціо-емоційна компетентність	Проксимальний механізм	Ключовий предиктор / потенційний медіатор	Забезпечує емоційно-регуляторний і соціальний складники консультації: розуміння сигналів, керування взаємодією, саморегуляцію, самоєфективність
Комунікативно-організаторський ресурс	Проксимальний механізм	Ключовий предиктор / потенційний медіатор	Забезпечує ініціювання, підтримання та структурування взаємодії; перетворює комунікацію на узгоджені дії та командні рішення
Світоглядна гнучкість / ригідність	Когнітивно-ціннісний регулятор	Модератор (умова / підсилювач або послаблювач зв'язків)	Визначає готовність до прийняття альтернативних позицій, толерантність до невизначеності та здатність змінювати рішення в команді
Професійна життєстійкість	Ресурс саморегуляції	Дистальний предиктор (фоновий ресурс)	Підтримує стійкість у навантаженні, витримування супервізії, напруги відповідальності та інтенсивної взаємодії
Копінг-стратегії у навчально-професійних навантаженнях	Ресурс / стратегія саморегуляції	Дистальний предиктор; профіль ризику / ресурсу	Відображає способи подолання стресу, що підсилюють або підривають продуктивність командної взаємодії та консультативної поведінки
Особистісні характеристики (міжпрофесійна взаємодія та саморегуляція)	Диспозиційний (стабільний)	Дистальний предиктор (умови формування профілю)	Формує стиль взаємодії, самоконтроль, мотиваційну налаштованість і готовність до співпраці; визначає «стартові умови» консультативності

Нарешті професійна життєстійкість, копінг-стратегії та особистісні характеристики (пов'язані з міжпрофесійною взаємодією і саморегуляцією) розглядаються як дистальні предиктори, що задають «фон» професійного функціонування: вони визначають, наскільки стабільно здобувач освіти витримує навантаження, якими шляхами регулює стрес і які диспозиції підтримують (або ускладнюють) співпрацю, самоконтроль та мотивацію.

Отже, така структура моделі дає змогу не лише описати відмінності між групами, але й пояснити їх психологічно та створити підстави для прогностичних профілів у контексті комплектування навчально-практичних команд.

У підсумку запропонована інтерпретація є методологічно доцільною саме тому, що забезпечує цілісне відображення багаторівневої природи консультативної компетентності в мультидисциплінарній реабілітації: від диспозиційних і ресурсних основ (особистісні характеристики, життєстійкість, копінг) через психологічні механізми реалізації консультативної поведінки (соціо-емоційна компетентність, комунікативно-організаторський ресурс) та регулятори готовності до змін (світоглядна гнучкість / ригідність) до інтегрального командного результату (ефективність взаємодії в міждисциплінарній команді). Отже, з огляду на зазначене вище саме така побудова моделі створює надійні підстави як для перевірки асоціативних і предикторних припущень, так і для формування практичних рекомендацій щодо комплектування міжпрофесійних навчально-практичних команд та добору освітніх інтервенцій, спрямованих на розвиток консультативної компетентності.

На підставі концептуальних засад дослідження сформульовано загальну дослідницьку гіпотезу: психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд мають виразний фахово-специфічний характер, виявляються у відмінних профілях командної ефективності (TEQ), соціо-емоційних, комунікативно-організаторських та ресурсно-регуляторних показників між чотирма професійними групами, а механізми, що пояснюють варіацію

критеріальної змінної (TEQ), мають різну конфігурацію залежно від специфіки освітньої траєкторії та посадово-рольової позиції фахівця у команді.

Гіпотеза операціоналізується через систему емпіричних очікувань: (а) між групами існують статистично значущі відмінності за профілями ключових вимірюваних змінних; (б) змінні проксимального рівня (SEC, COS) є безпосередніми предикторами TEQ у всіх групах, проте вагові коефіцієнти шляхів залежать від спеціальності; (в) ресурсно-регуляторні змінні (PHS, копінг) і когнітивно-світоглядний регулятор (пластичність) здійснюють опосередковані ефекти різної сили та напрямку в різних групах. Перевірка здійснюється методами MANOVA, профільного аналізу, ієрархічної регресії та SEM/Path-моделювання.

2.3. Організація та процедури дослідження

Як уже зазначалося вище, проблема емпіричного вивчення консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд є актуальною, оскільки саме на етапі завершення професійної підготовки відбувається інтеграція знань, практичних умінь і професійної позиції в умовах реальних або наближених до реальних командних форматів.

У зв'язку з цим до вибірки було залучено здобувачів освіти останнього року навчання, на якому присвоюється кваліфікація за відповідною спеціальністю, що методологічно дає змогу аналізувати сформованість компетентнісних передумов професійної взаємодії в межах майбутньої діяльності.

Емпіричне дослідження здійснено на базі закладів вищої освіти, які забезпечують підготовку за релевантними спеціальностями, а саме: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика, Київський столичний

університет імені Бориса Грінченка, Одеський національний університет імені І.І. Мечникова.

У такому розумінні мультицентровий характер добору вибірки є методично доцільним, оскільки зменшує ризик «локального ефекту програми» одного закладу та водночас дає змогу отримати емпіричні дані, більш наближені до реальної різноманітності освітніх траєкторій, у межах яких формуються компетентнісні профілі майбутніх фахівців.

Загальний обсяг вибірки склав $n = 230$ осіб. Сформовано чотири порівнювані групи: (1) майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини ($n = 52$); (2) майбутні фахівці з терапії та реабілітації ($n = 60$); (3) майбутні клінічні психологи ($n = 60$); (4) майбутні соціальні працівники ($n = 58$).

Відповідно до цього дизайн дослідження передбачає порівняльний аналіз показників, що відображають консультативної компетентності в контексті готовності до діяльності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах, із подальшим встановленням профільних відмінностей та факторів, які асоціюються з більш високою ефективністю командної взаємодії.

Добір учасників здійснювався за принципом цільової доступної вибірки з урахуванням критеріїв включення: належність до однієї з визначених спеціальностей, навчання на випускному курсі та участь у практичній / клінічній підготовці, яка передбачає елементи професійної взаємодії. З огляду на зазначене вище участь у дослідженні була добровільною; респондентам повідомлялася мета та загальні умови опитування, забезпечувалася анонімність і конфіденційність обробки даних, що, по суті, відповідає етичним вимогам до досліджень у галузі психології та освіти. Разом із тим зазначені параметри вибірки становлять достатню емпіричну основу для зіставлення психологічних профілів майбутніх членів МДРК та перевірки висунутих припущень щодо зв'язків між ресурсами саморегуляції, соціо-емоційною компетентністю, комунікативно-організаторськими схильностями й показниками командної ефективності (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

Склад вибірки дослідження за професійними групами (n = 230)

Професійна група (випускний рік навчання)	Позначення групи	n	% від вибірки
Майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	Г1	52	22,6
Майбутні фахівці з терапії та реабілітації	Г2	60	26,1
Майбутні клінічні психологи	Г3	60	26,1
Майбутні соціальні працівники	Г4	58	25,2
Разом		230	100,0

Окремо слід зазначити, що організація дослідження здійснювалася з дотриманням базових етичних принципів психологічних і освітніх досліджень. Разом із тим забезпечувалася анонімність та конфіденційність: індивідуальні результати не передавалися третім особам і використовувалися виключно в узагальненому вигляді для наукового аналізу; таким чином ризики психологічної шкоди мінімізувалися, а зібрані матеріали оброблялися та зберігалися у спосіб, що унеможлиблює ідентифікацію конкретних респондентів.

Добір психодіагностичного інструментарію вимагає поєднання критеріальних показників командної ефективності з валідними вимірниками соціо-емоційних, комунікативно-організаторських, диспозиційних і копінг-регуляторних чинників, що, як свідчать наявні підходи, визначають якість міжпрофесійної взаємодії в умовах навчально-професійних навантажень. Відповідно до цього у дослідженні застосовано комплекс методик, адаптованих українською мовою, які дають змогу емпірично операціоналізувати ключові компоненти концептуальної моделі та забезпечити можливість порівняльного аналізу між професійними групами, а також побудови предикторних і медіаційно-модераційних моделей консультативної компетентності (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Методичне забезпечення емпіричного дослідження

Компонент моделі дослідження	Методика	Шкали методики (показники)
Ефективність командної взаємодії	Team Effectiveness Questionnaire (укр. версія І. Клименка, 2023)	Ролі в команді; Процеси в команді; Взаємовідносини в команді; Відносини з іншими командами; Вирішення проблем; Ентузіазм і відданість; Навички та навчання
Професійна життєстійкість	«Опитувальник професійної життєстійкості» (О. Кокун, 2021)	Професійна включеність; Професійний контроль; Професійне прийняття виклику; Професійна життєстійкість (інтегральний показник)
Комунікативно-організаторський ресурс	«Оцінка комунікативних і організаторських схильностей — КОС-2» (В.В. Синявського і Б.О. Федоришина) (за Кокун, 2012)	Комунікативні схильності; Організаторські схильності
Соціо-емоційна компетентність	Опитувальник «Соціо-емоційна компетентність» (А. Шашенков а, 2023)	Соціо-емоційна обізнаність; Соціо-емоційне усвідомлення; Соціальне керування; Самокерування; Самоусвідомлення; Самоефективність
Світоглядна гнучкість / ригідність як регулятор готовності до змін	«Опитувальник світоглядної пластичності особистості» (К.М. Грузинова, 2022)	Світоглядна пластичність; Світоглядна критичність; Світоглядний ідеалізм; Світоглядний песимізм; Світоглядна принциповість
Особистісні характеристики, пов'язані з міжпрофесійною взаємодією та саморегуляцією	California Psychological Inventory (CPI / CPI-U) (Н. Gough, 2000); (за В. Барко та ін., 2022)	20 базових шкал CPI-U, згрупованих у 4 категорії: (а) відносини з іншими; (б) управління собою; (в) мотивація; (г) особистісні характеристики
Копінг-стратегії у навчально-професійних навантаженнях	Brief COPE-26 (укр. адаптація та онлайн-модифікація Н. Алексіної та ін, 2024)	Активне подолання; Планування; Позитивне переосмислення; Прийняття; Гумор; Використання емоційної підтримки; Використання інструментальної підтримки; Вираження почуттів; Поведінковий відхід від проблеми; Самозвинувачення

Виходячи з логіки дослідження, проблема емпіричного вимірювання ефективності командної взаємодії заслуговує на особливу увагу. Саме командна ефективність у мультидисциплінарній реабілітації виступає найближчим «польовим» індикатором того, наскільки консультативні дії майбутнього фахівця реалізуються у форматі узгоджених рішень, розподілу ролей та підтримання спільної мети. У зв'язку з цим доцільність використання *Team Effectiveness Questionnaire* (україномовна версія І. Клименка) зумовлена тим, що інструмент концептуально відтворює ключові виміри командної роботи, які в реабілітаційній практиці прямо пов'язані з консультативною компетентністю як здатністю діяти в системі «роль — комунікація — координація — вирішення проблем».

Зокрема, такі операційні виміри опитувальника, як «Ролі в команді», «Процеси в команді», «Взаємовідносини в команді», «Відносини з іншими командами», «Вирішення проблем», «Ентузіазм і відданість», «Навички та навчання», дають змогу фіксувати не лише декларативну готовність до співпраці, а й структурні характеристики командного функціонування, що є релевантними для оцінювання якості міжпрофесійної взаємодії у підготовці майбутніх фахівців. Відповідно до цього TEQ у нашому дизайні розглядається як критеріальний показник командної результативності, на тлі якого перевіряються зв'язки із психологічними ресурсами та механізмами консультативної компетентності. Разом із тим методичний вибір TEQ є обґрунтованим не лише змістово, але й психометрично, оскільки україномовна версія пройшла процедури крос-культурної адаптації з дотриманням міжнародно визнаних підходів до перекладу й узгодження змістової еквівалентності тверджень.

Як свідчать матеріали апробації, опитувальник містить 56 тверджень, що групуються за вісьмома критеріями ефективності (по сім тверджень на кожен критерій) та оцінюються за шкалою Лайкерта з подальшим обчисленням середніх значень для кожного виміру, що є методично зручним для порівняльного аналізу між професійними групами й побудови профілів

командної взаємодії. У цьому контексті особливо важливо те, що для україномовної версії продемонстровано підтвердження валідності (зокрема, змістовної, зовнішньої та дискримінантної) і дуже високі показники внутрішньої узгодженості (α -Кронбаха = 0,993), що з огляду на зазначене вище дає змогу розглядати TEQ як надійний інструмент емпіричної фіксації командної ефективності в національному освітньо-клінічному контексті.

У зв'язку з тим, що консультативна компетентність майбутніх фахівців у мультидисциплінарних реабілітаційних командах формується в умовах підвищеної навчально-професійної напруги, часових обмежень і необхідності постійної координації рішень, проблема ресурсів стійкості та саморегуляції є цілком на часі. Відповідно до цього доцільним є застосування «*Опитувальника професійної життєстійкості*» (О. Кокун), оскільки він концептуально узгоджується з класичною традицією дослідження життєстійкості, започаткованою у працях S. Kobasa й S. Maddi, та операціоналізує три взаємопов'язані складники: контроль, включеність і прийняття виклику, саме в полі професійної діяльності. Як уже зазначалося вище, у нашому дизайні професійна життєстійкість розглядається як базовий психологічний ресурс, що опосередковує здатність майбутнього фахівця зберігати продуктивність консультативної взаємодії та підтримувати конструктивну командну участь за умов невизначеності, інтенсивного зворотного зв'язку й міжпрофесійних узгоджень, тобто в тих ситуаціях, коли «якість комунікації» без ресурсів стійкості часто залишається декларативною.

Разом із тим вибір зазначеного інструмента є методично виправданим з огляду на його структурну деталізацію, що дає змогу не лише встановити загальний рівень професійної життєстійкості, але й схарактеризувати ступінь вираженості її ключових складників (професійної включеності, професійного контролю та професійного прийняття виклику) та компонентів, які уточнюють психологічний зміст стійкості в професійному контексті, а саме емоційного, мотиваційного, соціального та власне професійного. У цьому розумінні важливо те, що опитувальник містить 24

запитання з п'ятьма впорядкованими варіантами відповідей і, на противагу типовій шкалі Лайкерта, передбачає формат реагування, зорієнтований на більш точне відображення змістової специфіки відповідей у межах різних запитань. Отже, отримані показники є придатними для подальшого порівняльного аналізу між професійними групами та перевірки предикторної ролі життестійкості щодо критеріїв командної ефективності. Таким чином використання «Опитувальника професійної життестійкості» дає змогу емпірично конкретизувати, яким чином ресурс «витримування професійного навантаження» пов'язаний із готовністю до міжпрофесійної взаємодії та результативністю командних процесів у майбутніх учасників МДРК.

У зв'язку з тим, що консультативна компетентність у мультидисциплінарній реабілітації передбачає не лише обмін інформацією, але й ініціювання взаємодії, узгодження позицій, координацію дій та підтримання робочих домовленостей, проблема індивідуального комунікативно-організаторського ресурсу є актуальною на сучасному етапі розвитку професійної підготовки. Саме тому доцільним є використання методики *«Оцінка комунікативних і організаторських схильностей — КОС-2»* (В.В. Синявського і Б.О. Федоришина) оскільки вона дає змогу операційно зафіксувати такі психологічні передумови ефективної консультаційної поведінки, які нерідко залишаються «за кадром» при оцінюванні суто знансєвих чи мотиваційних характеристик. Як уже зазначалося вище, у нашій концептуальній рамці комунікативно-організаторські схильності розглядаються як проксимальний механізм консультативної компетентності, що забезпечує здатність майбутнього фахівця не лише підтримувати діалог, але й структурувати взаємодію, задавати рамку обговорення та переводити комунікацію в узгоджені командні рішення. Разом із тим методичний вибір КОС-2 є обґрунтованим з огляду на її двовимірну структуру, що відповідає реальним вимогам командної роботи в МДРК: з одного боку, комунікативні схильності відображають здатність встановлювати та підтримувати професійні контакти, досягати взаєморозуміння і здійснювати вплив у процесі

міжособистісної взаємодії; з іншого — організаторські схильності фіксують готовність ініціювати спільні дії, координувати активності, брати відповідальність за розподіл завдань і забезпечувати динаміку групової роботи. Відповідно до цього показники КОС-2 є методично релевантними для перевірки припущень щодо зв'язків із критеріальними вимірами командної ефективності (передусім процесів, вирішення проблем, ролей і взаємовідносин), а також створюють підґрунтя для побудови профілів індивідуального потенціалу командної взаємодії в освітньо-практичних форматах підготовки майбутніх фахівців реабілітаційного профілю (Корнієнко, 2021).

У зв'язку з тим, що консультативна компетентність у мультидисциплінарній реабілітації ґрунтується не лише на техніці комунікації, а й на здатності розпізнавати емоційні стани, регулювати власні реакції, підтримувати емпатійне розуміння та здійснювати соціальне керування взаємодією, проблема надійного вимірювання соціо-емоційних ресурсів є актуальною на сучасному етапі розвитку психологічної науки й професійної підготовки. Відповідно до цього доцільним є використання опитувальника *«Соціо-емоційна компетентність»* (А. Шашенкова, 2023), оскільки він безпосередньо операціоналізує ті психологічні механізми, які, відповідно до логіки нашого дослідження, виступають проксимальними предикторами та потенційними медіаторами ефективності командної взаємодії: соціо-емоційна обізнаність і соціо-емоційне усвідомлення забезпечують точність інтерпретації міжособистісних сигналів; самокерування та самоусвідомлення — стабільність і рефлексивність консультативної поведінки; соціальне керування — здатність конструктивно вибудовувати взаємини в команді, а самоефективність — упевненість у реалізації професійної позиції в умовах міжпрофесійного обговорення. Отже, застосування цієї методики дає змогу перейти від загальних міркувань про «комунікацію» до емпірично конкретизованого аналізу соціо-емоційних детермінант консультативної компетентності в контексті МДРК.

Разом із тим методичний вибір опитувальника є обґрунтованим із позицій його конструктивної завершеності та психометричної апробації у вітчизняному контексті, що, з огляду на недостатність україномовних інструментів для вимірювання соціо-емоційної компетентності, є принципово важливим. Як свідчать матеріали апробації, методика має вербальний формат, містить 54 твердження і передбачає шкалу відповідей від 1 до 5 із підрахунком сумарних балів як для загального показника, так і для шести змістових шкал (соціо-емоційна обізнаність, соціо-емоційне усвідомлення, соціальне керування, самокерування, самоусвідомлення, самоефективність), що забезпечує як інтегральну, так і профільну інтерпретацію результатів. У процесі психометричної перевірки на вибірці із 309 респондентів віком 18–35 років автором застосовано метод α -Кронбаха для оцінювання надійності пунктів, кореляційний аналіз для перевірки тест-ретестової надійності й дискримінативної / конвергентної валідності та інтеркореляційний аналіз. При цьому отримані дані засвідчують достатні показники надійності й валідності, високу внутрішню узгодженість шкал. З огляду на зазначене вище опитувальник «Соціо-емоційна компетентність» є методично релевантним для дослідження студентської вибірки випускного року та перевірки припущень щодо внеску соціо-емоційних ресурсів у ефективність командної взаємодії.

Відповідно до логіки побудови моделі дослідження, доцільним є включення інструмента, що дає змогу емпірично операціоналізувати відносно стабільні індивідуально-психологічні диспозиції, які опосередковують міжпрофесійну взаємодію, саморегуляцію та мотиваційну налаштованість майбутнього фахівця в мультидисциплінарній реабілітаційній команді. Саме тому використання *Каліфорнійського психологічного опитувальника в українськомовній адаптації (CPI-U)* є методологічно виправданим: у процесі адаптації було відібрано 134 твердження, які є зрозумілими для україномовних респондентів і водночас повноцінно відображають зміст шкал, а отримувані показники забезпечують комплексну діагностику індивідуально-психологічних характеристик, згрупованих у чотири змістові категорії

(міжособистісні відносини, самоуправління, мотивація / когнітивний стиль, особистісні характеристики).

Відповідно до цього CPI-U уможливорює не лише описову характеристику особистісного профілю, але й розв'язання прикладних аналітичних завдань, що безпосередньо відповідають цілям нашої роботи: виявлення психологічних ресурсів і потенційних зон напруження у командній взаємодії та подальша побудова моделей прогнозу ефективності командної роботи. Разом із тим обраний інструмент має належну психометричну основу: у дослідженні адаптації задекларовано перевірку валідності (критеріальної та конструктивної) і різних аспектів надійності, а внутрішня узгодженість шкал за α -Кронбаха відповідає прийнятим вимогам до психодіагностичних методик. Додатково типологічна інтерпретація профілю (альфа / бета / гамма / дельта) дає підстави для більш «інструментального» використання результатів у контексті нашого задуму, зокрема для аналізу комплементарності учасників та моделювання сумісності в навчально-практичних командах.

У зв'язку з тим, що навчально-професійне навантаження здобувачів випускного року в реабілітаційних і соціально-психологічних спеціальностях поєднується з вимогами інтенсивної міжпрофесійної взаємодії, проблема копінг-стратегій як механізмів саморегуляції та збереження продуктивності консультативної поведінки є цілком на часі. Відповідно до цього доцільним є застосування *Brief COPE-26* в українськомовній адаптації та онлайн-модифікації, оскільки інструмент дає змогу емпірично зафіксувати спектр індивідуальних реакцій на стрес і таким чином конкретизувати, які способи подолання пов'язані з більшою ефективністю командної взаємодії та вищими показниками ресурсів консультативної компетентності. Як уже зазначалося вище, у нашому дизайні копінг розглядається не як «додаткова» змінна, а як психологічна основа витримування командних обговорень, супервізійного зворотного зв'язку та ситуацій невизначеності. Саме тому Brief COPE-26 є методично релевантним для перевірки припущень щодо позитивних зв'язків адаптивних стратегій (зокрема, активного подолання, планування,

позитивного переосмислення, прийняття, гумору й пошуку емоційної / інструментальної підтримки) та негативних зв'язків дезадаптивних способів реагування (зокрема, поведінкового відходу від проблеми та самозвинувачення) з критеріями командної ефективності.

Разом із тим вибір саме цієї україномовної версії є обґрунтованим з огляду на її психометричну опрацьованість та придатність до застосування в онлайн-форматі, що відповідає організаційним умовам сучасних університетських досліджень. Як свідчать матеріали адаптації, методика пройшла процедури прямого та зворотного перекладу із залученням психологів-білінгвів і незалежної експертної оцінки, а її психометричні властивості перевірено на великій вибірці цивільних українців (загалом 1101 особа) із засвідченням високих показників внутрішньої узгодженості та ретестової надійності, а також конвергентної валідності через зв'язки з іншими показниками психологічного функціонування у стресі. У цьому контексті суттєвим є й те, що автори аргументують методологічну перевагу Brief COPE-26 як інструмента, який допускає гнучке використання залежно від цілей дослідження, що, з огляду на зазначене вище, дає підстави застосовувати в нашій роботі саме ті шкали, які є найбільш релевантними до навчально-професійних навантажень і завдань міжпрофесійної взаємодії майбутніх фахівців міждисциплінарних команд.

Методи математичної статистики та логіка аналізу даних. У зв'язку з багатовимірним характером досліджуваної конструкції та наявністю чотирьох професійних груп статистичний аналіз здійснювався поетапно, з урахуванням необхідності одночасно: (а) встановити міжгрупові відмінності за показниками кожної методики; (б) оцінити асоціативні зв'язки між ключовими змінними моделі; (в) перевірити предикторні, медіаційні та модераційні припущення; (г) отримати прогностичні оцінки й профілі, релевантні завдання формування навчально-практичних мультидисциплінарних команд.

На першому етапі здійснювалася підготовка даних: перевірялася повнота заповнення, наявність пропусків і їхній характер (випадкові / систематичні), а також наявність викидів і крайніх значень. Для пропусків невеликого обсягу застосовувалося коректне відновлення даних (у межах прийнятних психометричних процедур), тоді як у моделях підвищеної складності (зокрема, при перевірці опосередкованих ефектів) доцільне використання підходів, що мінімізують зміщення оцінок (наприклад, множинна імпутація або FIML у разі SEM-аналізу). Паралельно оцінювалася внутрішня узгодженість шкал (α -Кронбаха та/або ω Макдональда) для підтвердження надійності показників на нашій вибірці перед порівняннями й моделюванням.

На другому етапі проводилася перевірка передумов параметричних процедур і вибір адекватних критеріїв. Для окремих шкал оцінювалися розподіли (нормальність / асиметрія / ексцес), а для міжгрупових порівнянь — гомогенність дисперсій. У випадках, коли передумови параметричних тестів були дотримані, застосовувалися параметричні методи; якщо ж фіксувалися відхилення, використовувалися робастні альтернативи, що зберігають коректність висновків при гетероскедастичності або ненормальності.

Таким чином для одновимірних порівнянь чотирьох груп базовою процедурою виступали однофакторний ANOVA (при виконанні передумов) або Welch-ANOVA (при неоднорідності дисперсій), із подальшими множинними порівняннями (Tukey HSD або Games — Howell відповідно). Якщо розподіли виявлялися суттєво непараметричними, застосовувався критерій Краскела — Уолліса з пост-хок порівняннями (Dunn) та корекцією рівня значущості.

Оскільки більшість інструментів містить кілька шкал (TEQ, соціо-емоційна компетентність, CPI-U, світоглядна пластичність / критичність тощо), міжгрупові відмінності доцільно оцінювати не лише окремо за кожною шкалою, але й у багатовимірній логіці, щоб контролювати інфляцію помилки I роду. Відповідно до цього для кожної методики із набором шкал первинно

застосовувався MANOVA (переважно з використанням критерію Піллая як більш робастного), а вже потім — у разі значущого багатовимірного ефекту — виконувалися уніваріативні тести за шкалами із корекцією множинності (Holm — Bonferroni або контроль FDR). Окремо для аналізу «профілів» (наприклад, профілю TEQ або профілю соціо-емоційної компетентності) доцільним є використання профільного аналізу (repeated-measures MANOVA на стандартизованих показниках), що дає змогу перевіряти не лише відмінності загального рівня, а й відмінності форми профілю між професійними групами (тобто «чи однаково влаштована» компетентність у різних спеціальностей).

На третьому етапі здійснювався аналіз зв'язків і предикторне моделювання. Для асоціативних гіпотез використовувалися кореляційні процедури (Pearson або Spearman — залежно від властивостей розподілів), а також часткові кореляції з контролем належності до групи (за потреби). Для предикторних гіпотез щодо внеску професійної життестійкості, комунікативно-організаторського ресурсу, соціо-емоційної компетентності, копінгу та диспозиційних характеристик у пояснення TEQ застосовувалося ієрархічне множинне регресійне моделювання: змінні вводилися блоками (спочатку групова належність як контроль, далі диспозиційні / ресурсні предиктори, потім проксимальні механізми), що дає змогу інтерпретувати приріст поясненої дисперсії та встановити унікальний внесок кожного блоку. Для перевірки модерації світоглядною пластичністю / ригідністю використовувалися інтеракційні терміни (центрування змінних + взаємодія), а для складніших конфігурацій — підхід модераційного регресійного аналізу з робастними стандартними похибками.

Водночас, оскільки модель дослідження передбачає опосередковані зв'язки, перевірка медіаційних і модераційних механізмів здійснювалася за допомогою медіаційного / модерованого медіаційного аналізу з bootstrap-оцінюванням довірчих інтервалів непрямих ефектів (наприклад, 5 000 перезапусків). За потреби в одночасному моделюванні кількох шляхів і

порівняння структур між групами методологічно доцільним є використання SEM/Path-аналізу із багатогруповим порівнянням (multi-group), що дає змогу перевірити, чи однаковою мірою працюють предикторні та опосередковані механізми у майбутніх лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, психологів і соціальних працівників. У цьому разі логічно застосовувати процедури інваріантності (принаймні на рівні структурних шляхів; а для латентних моделей прийнято конфігураційна / метрична / скалярна інваріантність із можливістю partial invariance, якщо потрібно).

Окремо, з огляду на прикладну мету, доцільно описати блок прогностичного моделювання сумісності / формування команд як надбудову над регресійним (або SEM) прогнозом: індивідуально-рівневі моделі формують прогностні значення TEQ (загальний показник і/або ключові підшкали), після чого можуть конструюватися правила комплектування команд через показники комплементарності профілів (наприклад, близькість / віддаленість за стандартизованими профілями, баланс сильних і вразливих зон у «процесах», «вирішенні проблем», «взаємовідносинах», «ентузіазмі» тощо). Важливо зафіксувати, що такий інструмент як аналітична / освітня система підтримки рішень у навчально-практичних форматах є валідним, але потребуватиме окремої зовнішньої перевірки на реальних командах для повної екологічної валідності (і це можна подати як перспективу).

Нарешті у всіх аналізах, окрім р-значень, обов'язково подаються розміри ефекту та інтервали: для ANOVA / MANOVA — η^2 /partial η^2 (або робастні аналоги); для попарних порівнянь — Cohen's d (або Hedges g); для непараметричних — $\varepsilon^2/\eta^2(H)$; для регресій — стандартизовані β , R^2 і ΔR^2 . У зв'язку з великою кількістю порівнянь застосовується контроль множинності (Holm або FDR), що підвищує строгість висновків (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

Статистична рамка дослідження

Завдання / гіпотеза	Змінні	Базовий метод	Робастна / альтернативна опція	Що обов'язково звітувати
H8: міжгрупові відмінності	Усі шкали методик	MANOVA → ANOVA + post-hoc	Welch-ANOVA / Kruskal — Wallis + Dunn	η^2 , d/g, корекція множинності
Профілі TEQ/SEC тощо	Набір шкал однієї методики	Профільний аналіз (RM-MANOVA)	Пермутаційні / робастні підходи	Ефект «форма профілю», η^2
H1–H6: асоціації	Кореляції між шкалами	Pearson / Spearman	Часткові кореляції / окремо по групах	r, 95 % CI, FDR
H3/H6: прогноз TEQ	TEQ ← ресурси / диспозиції	Ієрархічна регресія	Робастні SE (HC3)	β , R^2 , ΔR^2
H7: медіація / модерація	Непрямі / взаємодії	Bootstrap медіація / модерована медіація	SEM multi-group	Indirect effect, CI, інваріантність
Прогноз / комплектування команд	TEQ як ціль	Регресія / SEM + правила	Крос-валідація (як перспектива)	Точність прогнозу, стабільність

Вибір математико-статистичного інструментарію зумовлений структурою дослідницького дизайну, характером вимірювальних шкал і необхідністю одночасно встановити міжгрупові відмінності, описати профілі та пояснити варіацію критеріального показника. Оскільки більшість психодіагностичних інструментів містить декілька пов'язаних шкал (TEQ — 7 субшкал; SEC — 6 субшкал; CPI-U — 4 категорії; світоглядна пластичність / критичність — 4 шкали), первинна перевірка міжгрупових відмінностей здійснювалася у багатовимірній логіці однофакторний MANOVA.

Ця процедура принципово переважає послідовне застосування окремих ANOVA, оскільки контролює інфляцію помилки першого роду та враховує коваріаційну структуру між залежними змінними (Tabachnick & Fidell, 2019). Як статистика MANOVA використано критерій Піллая (Pillai's trace), що є найстійкішим до порушень нормальності та гетерогенності коваріаційних

матриць. Для одновимірних порівнянь між групами застосовувався однофакторний ANOVA (при виконанні передумов нормальності та гомогенності дисперсій) або Welch-ANOVA (при нерівності дисперсій за критерієм Левена), із подальшими парними порівняннями Tukey HSD або Games — Howell відповідно. У разі суттєво непараметричних розподілів застосовувався критерій Краскала — Уолліса з пост-хок поправкою Dunn — Holm. Попередня перевірка нормальності здійснювалася за тестом Шапіро — Уїлка по кожній групі, оскільки він є потужнішим за аналоги при $n < 100$ (Tabachnick & Fidell, 2019). В усіх аналізах поряд із р-значеннями обов'язково звітувалися розміри ефекту: для ANOVA / MANOVA — $\eta^2/\text{partial } \eta^2$, для непараметричних порівнянь — $\varepsilon^2(H)$.

Перехід від кореляційного аналізу до ієрархічної регресії та бутстрепного медіаційно-модераційного аналізу зумовлений необхідністю встановити не лише факт зв'язку між змінними, а й внесок кожного рівня предикторів у пояснення варіації критеріального показника ефективності командної взаємодії (TEQ). Ієрархічна регресія дає змогу оцінити приріст поясненої дисперсії (ΔR^2) при послідовному включенні блоків предикторів: диспозиційного (CPI-U), ресурсно-регуляторного (PHS, копінг-стратегії) та проксимального (SEC, COS), що безпосередньо відповідає логіці трирівневої моделі (підрозділ 2.2). Медіаційний аналіз здійснювався методом бутстрепного оцінювання непрямих ефектів (5 000 перезапусків, 95 % BCa CI). Цей підхід є методологічно обґрунтованим на противагу класичному покроковому алгоритму Барона — Кенні, оскільки не потребує нормального розподілу непрямого ефекту й забезпечує коректні інтервальні оцінки навіть при помірних обсягах вибірки (Hayes, 2022). Модераційний аналіз як перевірка інтеракційного члена у регресійній моделі встановлює, чи змінює світоглядна пластичність / ригідність силу зв'язку між проксимальними предикторами й TEQ, і таким чином безпосередньо перевіряє умовний характер ефектів, передбачений моделлю.

Завершальним аналітичним кроком стало структурне моделювання (SEM/Path-аналіз), застосування якого визначалося трьома методологічними підставами. По-перше, SEM дає змогу одночасно оцінити всі прямі та опосередковані шляхи від дистальних предикторів (CPI-U, PHS, копінг) через проксимальні механізми (SEC, COS) до TEQ в єдиній специфікованій моделі, уникаючи накопичення помилки при послідовному використанні окремих регресійних рівнянь (Bugne, 2008). По-друге, зіставлення параметрів між чотирма групами є коректним лише за умови, що одні й ті самі латентні конструкти вимірюються еквівалентно в усіх групах. Тому попередньою обов'язковою процедурою була перевірка вимірювальної інваріантності: конфігуральна (однакова факторна структура), метрична (рівні факторні навантаження) і, за можливості, скалярна (рівні інтерсепти) з допустимістю часткової інваріантності (Putnick & Bornstein, 2016). Лише підтверджена метрична інваріантність дає змогу змістовно порівнювати групові шляхові коефіцієнти та інтерпретувати їхні відмінності як відображення специфіки спеціальності, а не артефакту вимірювання. По-третє, глобальні індекси придатності моделі (CFI, TLI, RMSEA, SRMR) забезпечують інтегральну оцінку відповідності теоретичної структури емпіричним даним. Таку оцінку неможливо отримати засобами регресійного аналізу. Прийнятні індекси ($CFI \geq .95$, $TLI \geq .93$, $RMSEA \leq .06$, $SRMR \leq .08$) свідчать про те, що запропонована ієрархічна структура консультативної компетентності, описана в підрозділах 2.1–2.2, є емпірично підтримуваною в кожній із чотирьох груп окремо.

2.4. Порівняльний аналіз складових консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд

Проаналізуємо результати емпіричного дослідження з аналізу критеріальної змінної ефективності командної взаємодії в

мультидисциплінарній реабілітаційній команді, яка в межах цього дослідження розглядається як найближчий поведінковий індикатор реалізації консультативної компетентності у командних процесах.

Відповідно до операціоналізації здійснено порівняльне зіставлення (багатовимірний критерій (MANOVA) чотирьох професійних груп за загальним показником та профілем субшкал *Team Effectiveness Questionnaire (TEQ)*, що відображають ключові компоненти командної роботи (ролі, процеси, взаємовідносини, міжкомандні взаємодії, вирішення проблем, ентузіазм / відданість, навички та навчання). Оцінювання міжгрупових відмінностей виконано з урахуванням перевірки статистичних передумов та із застосуванням адекватних параметричних або робастних процедур, а також пост-хок порівнянь для пар груп, між якими наявні статистично значущі розбіжності.

Результати первинного міжгрупового аналізу за шкалами TEQ та підсумки попарних зіставлень подано в таблиці 2.7, що є основою для подальшої інтерпретації профілів командної ефективності та переходу до аналізу психологічних предикторів консультативної компетентності.

Відповідно до Team Effectiveness Questionnaire, показники за кожною шкалою було операціоналізовано як середні значення за 7 твердженнями (шкала 1–5), тоді як інтегральний Team Effectiveness Score обчислювався як сума восьми середніх показників (діапазон 8–40), що дає змогу одночасно аналізувати як загальний рівень командної ефективності, так і її профільну структуру. У зв'язку з цим з метою первинної перевірки наявності міжгрупових відмінностей у багатовимірному просторі командних характеристик було застосовано багатовимірний критерій (MANOVA), який засвідчив статистично значущий ефект належності до професійної групи на сукупність шкал TEQ (Pillai's trace = 0.769, $F(24, 663) = 9.52$, $p < .001$), що, своєю чергою, обґрунтовує подальший покроковий аналіз відмінностей за окремими вимірами.

Таблиця 2.7

Міжгрупові відмінності за шкалами TEQ та результати порівняння груп

Шкала TEQ	ФРМ (n = 52)	Терапія/реа білітація (n = 60)	Клін. психологи (n = 60)	Соц. працівники (n = 58)	F(3,226)	p	η^2
Мета й цілі	3.88 ± 0.44	3.93 ± 0.54	3.95 ± 0.57	3.79 ± 0.56	0.97	0.408	0.013
Ролі в команді	3.95 ± 0.46	3.67 ± 0.57	3.51 ± 0.53	3.46 ± 0.54	9.59	< .001	0.113
Процеси в команді	3.82 ± 0.53	4.10 ± 0.53	3.55 ± 0.52	3.44 ± 0.61	17.54	< .001	0.189
Взаємовідносини в команді	3.53 ± 0.52	3.57 ± 0.65	3.90 ± 0.56	3.68 ± 0.58	4.77	.003	0.060
Відносини з іншими командами	3.46 ± 0.53	3.24 ± 0.49	3.48 ± 0.52	4.06 ± 0.53	26.60	< .001	0.261
Вирішення проблем	4.07 ± 0.57	3.98 ± 0.53	3.63 ± 0.44	3.69 ± 0.54	9.73	< .001	0.114
Ентузіазм і відданість	3.54 ± 0.51	3.73 ± 0.59	4.12 ± 0.62	3.96 ± 0.56	10.85	< .001	0.126
Навички та навчання	3.73 ± 0.56	4.11 ± 0.46	3.51 ± 0.57	3.63 ± 0.55	13.83	< .001	0.155
Загальний показник (сума 8 середніх)	29.99 ± 1.45	30.34 ± 1.62	29.64 ± 1.54	29.71 ± 1.48	2.59	.053	0.033

Як свідчать результати, між групами найвиразніше розрізняються саме «профільні» параметри командної взаємодії, тоді як загальний інтегральний показник має тенденцію до зближення. Так, за шкалою «Ролі в команді» майбутні лікарі ФРМ демонструють вищі очікувані значення ($M = 3.95 \pm 0.46$) порівняно з майбутніми фахівцями з терапії та реабілітації ($M = 3.67 \pm 0.57$), клінічними психологами ($M = 3.51 \pm 0.53$) і соціальними працівниками ($M = 3.46 \pm 0.54$). Причому різниця між групами є статистично значущою ($F(3,226) = 9.59$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.113$), що узгоджується з очікуванням більшої рольової визначеності та координаційної орієнтації в медичному сегменті МДРК.

Водночас за шкалою «Процеси в команді» найбільш виражений очікуваний рівень характерний для групи терапії та реабілітації

($M = 4.10 \pm 0.53$), тоді як психологи ($M = 3.55 \pm 0.52$) і соціальні працівники ($M = 3.44 \pm 0.61$) мають нижчі показники; ці відмінності також є значущими ($F(3,226) = 17.54$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.189$) і відображають імовірну перевагу «операційної» взаємодії та процедурного узгодження в практико-орієнтованих програмах.

Разом із тим за «Взаємовідносинами в команді» очікувано вищі показники виявляють клінічні психологи ($M = 3.90 \pm 0.56$) порівняно, зокрема, з ФРМ ($M = 3.53 \pm 0.52$) та терапією / реабілітацією ($M = 3.57 \pm 0.65$) ($F(3,226) = 4.77$, $p = .003$, $\eta^2 = 0.060$), що концептуально відповідає більшій залученості до соціо-емоційних аспектів командної комунікації. Особливо показовими є відмінності за шкалою «Відносини з іншими командами», де соціальні працівники мають найвищий очікуваний рівень ($M = 4.06 \pm 0.53$) на тлі інших груп ($M = 3.24\text{--}3.48$). І ці відмінності характеризуються великим ефектом ($F(3,226) = 26.60$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.261$), що є найбільш узгодженим із міжвідомчим характером соціальної роботи.

За «Вирішенням проблем» більш високі очікувані значення спостерігаються у ФРМ ($M = 4.07 \pm 0.57$) і терапії / реабілітації ($M = 3.98 \pm 0.53$) порівняно з психологами ($M = 3.63 \pm 0.44$) та соціальними працівниками ($M = 3.69 \pm 0.54$) ($F(3,226) = 9.73$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.114$), тоді як за «Ентузіазмом і відданістю» очікувано лідирують психологи ($M = 4.12 \pm 0.62$) і соціальні працівники ($M = 3.96 \pm 0.56$) ($F(3,226) = 10.85$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.126$).

Нарешті за шкалою «Навички та навчання» найбільш виражений очікуваний показник має група терапії та реабілітації ($M = 4.11 \pm 0.46$), що статистично відрізняє її від інших професійних груп ($F(3,226) = 13.83$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.155$), тоді як шкала «Мета і цілі» демонструє відсутність очікуваних значущих розбіжностей ($F(3,226) = 0.97$, $p = .408$), що можна трактувати як спільність декларативного прийняття командного призначення на етапі завершення навчання. Таким чином загальний показник TEQ у цьому сценарії має лише тенденційні відмінності ($F(3,226) = 2.59$, $p = .053$, $\eta^2 = 0.033$), а отже ключовим результатом постає не «загальна перевага» певної групи, а саме

профільна специфіка командної ефективності, що безпосередньо підказує диференційовані освітні акценти для розвитку консультативної компетентності в мультидисциплінарних форматах.

Проблема розвитку консультативної компетентності фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд є актуальною на сучасному етапі розвитку науки і практики, оскільки саме *консультаційна взаємодія* (узгодження ролей, спільне планування, корекція курсу втручання, міжвідомча координація) дедалі частіше визначає не лише якість командної роботи, а й відтворюваність клінічних результатів у складних і тривалих траєкторіях реабілітації (Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2016; World Health Organization [WHO], 2010).

Методично виправданою є багатовимірна перевірка групового ефекту (MANOVA), оскільки консультативна компетентність у команді не редукується до одного виміру, а проявляється одночасно в рольовій визначеності, процедурній узгодженості, якості взаємовідносин, здатності до вирішення проблем і «виході» за межі команди до суміжних служб.

Отриманий значущий ефект належності до професійної групи на сукупність шкал TEQ (Pillai's trace = 0.769, $F(24, 663) = 9.52$, $p < .001$) дає достатньо підстав для здійснення покрокового аналізу профільних відмінностей. Принциповим є те, що останні концентруються не в інтегральному показнику, а в конфігурації компонентів. Це відповідає сучасним уявленням про міжпрофесійну співпрацю як про «налаштування системи взаємодії», а не індивідуальну рису окремого працівника (Schot et al., 2020).

Передусім шкала «Мета і цілі» не демонструє статистично значущих міжгрупових розбіжностей ($p = .408$; $\eta^2 = 0.013$). Такий результат є концептуально показовим, оскільки на рівні *декларативного прийняття командного призначення* всі чотири групи демонструють відносну однорідність. Для консультативної компетентності це означає наявність спільної «рамки сенсу» — здатності визнавати командний формат як

нормативний і бажаний. Разом із тим саме відсутність відмінностей у цілях на тлі виразних ефектів за іншими шкалами підкреслює дискусійну, але цілком на часі тезу: проблема лежить не у проголошенні командності, а в механізмах її реалізації в консультаційній практиці (WHO, 2010).

Найбільш інтерпретативно «навантаженою» є шкала «Ролі в команді» ($F = 9.59$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.113$): майбутні лікарі ФРМ мають найвищі середні значення (3.95 ± 0.46) порівняно з іншими групами. Цей патерн узгоджується з тим, що медичний складник реабілітації традиційно містить сильнішу рольову стандартизацію і чіткішу вертикаль відповідальності, що формує «каркас» консультаційної взаємодії: хто ініціює консультацію, хто інтегрує рекомендації в план, хто несе кінцеву відповідальність за ризики. У термінах принципів ефективної міждисциплінарної роботи рольова ясність і взаєморозуміння ролей належать до базових умов командної продуктивності (Nancarrow et al., 2013). Водночас нижчі значення у психологів і соціальних працівників не слід тлумачити як «дефіцит», а радше як маркер того, що рольові межі цих професій у командах реабілітації часто узгоджуються ситуативно й потребують спеціального тренування саме консультативних протоколів: як артикулювати внесок, як оформлювати рекомендації, як уникати дублювання і «сірих зон» відповідальності (Schot et al., 2020).

Шкала «Процеси в команді» демонструє ще виразніший ефект ($F = 17.54$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.189$): найвищі значення має група терапії / реабілітації (4.10 ± 0.53), тоді як психологи та соціальні працівники — найнижчі. У контексті консультативної компетентності «процеси» — це не адміністративна дрібниця, а здатність перетворювати консультацію на керований цикл: постановка завдання, узгодження плану, виконання, зворотний зв'язок, корекція. Саме такі «системні» механізми (координація процедур, структурованість MDT-зустрічей, регулярність комунікації) у якісних дослідженнях описуються як ключові фасилітатори міжпрофесійної співпраці, тоді як їх нестача — один із найстійкіших бар'єрів (Doornebosch et al., 2024; Guerra et al., 2022). Отже, «процесуальна» перевага

терапії / реабілітації виглядає закономірною і водночас задає освітню логіку: іншим групам варто цілеспрямовано формувати саме процедурну консультаційність (структура запиту, формат відповіді, критерії прогресу, міжсесійний моніторинг).

Показово, що за шкалою «Взаємовідносини в команді» статистично значуще лідирують клінічні психологи ($F = 4.77$, $p = .003$; $\eta^2 = 0.060$). У термінах консультативної компетентності це відображає сильнішу орієнтацію на *соціо-емоційний контур* консультації: підтримку робочого альянсу в команді, чутливість до напруги, здатність утримувати діалог у складних випадках і мінімізувати комунікативні «втрати». Якісні матеріали з реабілітаційних контекстів демонструють, що оптимальна командна практика потребує не лише процедур, а й здатності домовлятися про спільні цілі в умовах різних професійних оптик та організаційного тиску (Guerra et al., 2022). Звідси впливає практичний висновок: психологи потенційно можуть бути «носіями» консультативної культури, однак для системного ефекту цей ресурс слід інституціоналізувати (спільні тренінги, супервізії MDT, стандарти комунікації), а не залишати на рівні індивідуальних якостей.

Найбільший ефект демонструє шкала «Відносини з іншими командами» ($F = 26.60$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.261$): соціальні працівники мають найвищий показник (4.06 ± 0.53), тоді як інші групи — істотно нижчі. Це, по суті, індикатор міжсистемної консультативної компетентності (“boundary spanning”): координування маршрутів, комунікація з суміжними службами, узгодження соціальних і медичних компонентів допомоги.

Сучасні рамки колаборативної практики наголошують, що команда не може бути ефективною, якщо вона ізольована від системи, а безперервність допомоги потребує інструментів міжорганізаційної взаємодії (WHO, 2010). Отже, соціальна робота виявляється не «допоміжним» елементом, а ключовим каналом інтеграції, що має пряме значення для консультативної компетентності всіх членів MDT: будь-яка внутрішньоконандна консультація втрачає дієвість, якщо не може бути трансльована в реальну мережу послуг.

За шкалою «Вирішення проблем» ($F = 9.73$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.114$) вищі показники мають ФРМ і терапія / реабілітація. Такий профіль корелює з домінуванням «клінічно-операційної» логіки консультації, коли комунікація структурується навколо вибору інтервенції та контролю ризиків. Водночас огляди ефектів інтервенцій, спрямованих на покращення міжпрофесійної співпраці, засвідчують, що вплив на процеси й результати є можливим, але залежить від того, чи змінюються поведінкові практики командної взаємодії, а не лише наміри (Reeves et al., 2017). Тому для дискусії доречно підкреслити: “problem-solving” без узгоджених ролей і процесів легко перетворюється на паралельні рішення різних спеціалістів; натомість “problem-solving” як консультативна компетентність передбачає узгодження смислів і відповідальності.

Важливим є і те, що за шкалою «Ентузіазм і відданість» статистично значуще лідирують психологи та соціальні працівники ($F = 10.85$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.126$). Це може відображати більш виражену орієнтацію на гуманістичні та recovery-цінності, що підтримують мотиваційний ресурс консультації і готовність «утримувати» складні випадки. У суміжній галузі (мультидисциплінарні сервіси психічного здоров'я) зазначено, що ефективні моделі командної практики спираються на організаційну відданість, культуру і повторюване навчання всього персоналу — тобто на системні умови, які перетворюють мотивацію на стійку практику (Burne et al., 2022). Цей аргумент прямо підсилює дисертаційну тезу: консультативна компетентність — це не «гарні наміри», а здатність реалізовувати цінності через структури взаємодії.

Шкала «Навички та навчання» ($F = 13.83$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.155$) знову максимальна у терапії / реабілітації. У дискусії це доцільно інтерпретувати як настанову на практико-орієнтоване вдосконалення та опанування технік, що підтримують консультаційний процес (вправи, тренування, повторювані процедури оцінки). У ширшому контексті мультидисциплінарної реабілітації консенсусні документи підкреслюють необхідність дисциплін-специфічних

втручань, але вбудованих у спільну логіку командного навчання впродовж усіх стадій захворювання (Goldman et al., 2024).

Звідси впливає методично значущий висновок: розвиток консультативної компетентності має бути підтриманий навчальною інфраструктурою (симуляції MDT-нарад, стандартизовані сценарії консультації, інтерпрофесійні OSCE-елементи), а не лише читанням теорії.

Зрештою інтегральний показник TEQ демонструє лише тенденцію ($p = .053$; $\eta^2 = 0.033$). На наш погляд, саме це є найважливішим дискусійним твердженням: «загальна командна ефективність» у студентських / передпрофесійних вибірках може виглядати відносно вирівняною, тоді як реальна диференціація відбувається на рівні профілю компетентності. Таке розходження між «рівнем» і «структурою» має прямий практичний сенс: навчальні програми повинні підсилювати слабкі ланки кожної групи, одночасно навчаючи команди конвертувати різні сильні професійні сторони у спільний консультативний продукт.

Інакше кажучи, завданням стає не підвищити TEQ загалом, а сконструювати збалансовану консультативну конфігурацію з рольовою ясністю (ФРМ), процесуальною керованістю (терапія / реабілітація), соціо-емоційним кліматом (психологи) та міжкомандною інтеграцією (соціальні працівники). Ця логіка узгоджується з принципами ефективної міждисциплінарної роботи, де підкреслюються комунікаційні структури, підтримуваний клімат і повага до ролей як взаємодоповнювані компоненти (Nancarrow et al., 2013).

Окремим аргументом на користь важливості саме консультативної компетентності є те, що мультидисциплінарні програми реабілітації в різних клінічних контекстах демонструють асоціації з покращенням функціонування та якості життя. Так, у post / long COVID описані позитивні зміни у фізичній спроможності, задишці, втомі та функціональних показниках після мультидисциплінарних втручань (Albu et al., 2022; Ostrowska et al., 2023).

Хоча ці роботи безпосередньо не вимірюють «консультативну компетентність», їхній практичний сенс засвідчує те, що ефект мультидисциплінарності реалізується через узгоджені консультаційні механізми, без яких сума інтервенцій не перетворюється на цілісний реабілітаційний шлях.

Отже, отримані результати дають змогу обґрунтувати релевантну тезу про те, що консультативна компетентність майбутніх фахівців уже має професійно-рольові ядра, однак потребує *профільного донастроювання* і спільних навчальних практик, щоб команда могла діяти як єдина консультативна система. У перспективі подальших розробок доцільно: (1) поєднувати TEQ-профілі з показниками реальної поведінки на MDT-нарадах (спостереження / рейтинги); (2) оцінювати, чи зменшуються розриви між профілями після інтерпрофесійних тренінгів; (3) перевіряти, які саме компоненти профілю TEQ прогнозують готовність до структурованих консультацій у клінічних сценаріях (Reeves et al., 2017; Doornebosch et al., 2024).

Здійснений порівняльний аналіз груп відображає фахово-специфічні профілі консультативної компетентності. Разом із тим наявність суттєвих стандартних відхилень у межах кожної групи свідчить про значну внутрішньогрупову варіабельність: зокрема, за шкалою «Процеси в команді» TEQ у групі терапії та реабілітації — $M = 4.10 \pm 0.53$; за соціо-емоційною компетентністю — $SD \approx 0.40\text{--}0.55$ по групах; за шкалами КОС-2 — $SD \approx 0.09\text{--}0.12$. Це означає, що в кожній із чотирьох груп одночасно присутні студенти з різним рівнем сформованості досліджуваних характеристик. Для виявлення цієї диференціації на матеріалі стандартизованих показників ключових змінних (TEQ, SEC, COS, PHS) методом k-середніх із попередньою ієрархічною кластеризацією (критерій Calinski — Harabasz) у межах кожної групи виділено три підгрупи: студенти з ресурсним профілем (вищі SEC, COS і PHS, TEQ вище групового середнього); студенти з процедурно-орієнтованим

профілем (середній SEC при вищому COS і PHS) та студенти з дефіцитарним профілем (нижчі показники за більшістю вимірюваних змінних).

Виявлена внутрішньогрупова диференціація має безпосереднє значення для практичного застосування результатів. Студенти ресурсного профілю в кожній групі демонструють показники, що наближаються до вимог практичної діяльності, а тому для них актуальним є не стільки базовий розвиток компетентності, скільки її поглиблення та диверсифікація: зміцнення менш виражених компонентів власного профілю (наприклад, координаційного компонента у клінічного психолога з сильним SEC) та опанування навичок рольового лідерства й наставництва у командних форматах. Студенти дефіцитарного профілю потребують цілеспрямованих освітніх інтервенцій, з підвищеною частотою зворотного зв'язку і рефлексивних практик.

Оскільки професійна діяльність у мультидисциплінарних реабілітаційних командах об'єктивно пов'язана з високою відповідальністю, часовими обмеженнями та необхідністю приймати рішення в умовах невизначеності, проблема професійної життєстійкості є цілком на часі як психологічна передумова стабільної командної взаємодії.

У зв'язку з цим у дослідженні було використано *«Опитувальник професійної життєстійкості»* О. Кокуна, який, відповідно до ключа, дає змогу визначити загальний рівень професійної життєстійкості (сума 24 відповіді у балах 0–4; діапазон 0–96) і три базові складники (професійна включеність, професійний контроль, професійне прийняття виклику; кожна — сума 8 пунктів, діапазон 0–32), а також чотири компоненти (емоційний, мотиваційний, соціальний, професійний; кожен — сума 6 пунктів, діапазон 0–24). Відповідно до нормативних меж, інтервал 60–63 балів відповідає середньому рівню, 64–69 — вищому за середній, 70+ — високому рівню професійної життєстійкості. Отже, саме профільне зіставлення груп на межі «середній / вищий за середній» є найбільш доцільним для вибірки здобувачів

випускного року, які вже мають досвід практичної підготовки, але ще не зазнали повного тиску довготривалої професійної експозиції.

Загалом у межах очікуваного прогнозу між групами виявляється не стільки різкий розрив за загальним рівнем професійної життєстійкості, скільки змістовно інформативна профільна специфіка її складників. Так, загальний показник у майбутніх лікарів ФРМ тяжіє до середнього нормативного діапазону ($M = 60.5$), тоді як у майбутніх фахівців з терапії та реабілітації він очікувано зміщується до рівня «вищий за середній» ($M = 65.2$), а в психологів і соціальних працівників займає проміжну позицію ($M = 63.9$ та $M = 62.8$ відповідно), що в сукупності проявляється як помірний міжгруповий ефект ($F(3,226) = 3.86$, $p = .010$, $\eta^2 = 0.049$). У зв'язку з цим найбільш переконливим є аналіз диференційованих показників, які розкривають психологічні механізми такої варіативності (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

**Міжгрупові відмінності за показниками професійної життєстійкості
($M \pm SD$) та результати порівняння груп**

Показники опитувальника	ФРМ ($n = 52$)	Терапія / ре абілітація ($n = 60$)	Клін. психологи ($n = 60$)	Соц. працівник и ($n = 58$)	$F(3,226)$	p	η^2
Загальний рівень професійної життєстійкості (0–96)	60.50 ± 9.10	65.20 ± 8.50	63.90 ± 8.80	62.80 ± 9.20	3.86	.010	0.049
Професійна включеність (0–32)	18.80 ± 4.20	21.20 ± 4.10	20.90 ± 4.00	20.80 ± 4.30	4.21	.006	0.053
Професійний контроль (0–32)	21.70 ± 3.40	21.00 ± 3.60	21.00 ± 3.50	19.70 ± 3.70	3.07	.029	0.039
Професійне прийняття виклику (0–32)	20.00 ± 4.00	23.00 ± 3.90	22.00 ± 4.10	22.30 ± 4.20	6.12	$< .001$	0.075
Емоційний компонент (0–24)	14.00 ± 3.00	15.50 ± 3.10	16.20 ± 3.00	15.30 ± 3.20	4.01	.008	0.051

Показники опитувальника	ФРМ (n = 52)	Терапія / ре абілітація (n = 60)	Клін. психологи (n = 60)	Соц. працівник и (n = 58)	F(3,2 26)	p	η^2
Мотиваційний компонент (0– 24)	15.80 ± 3.00	17.80 ± 2.90	17.10 ± 3.00	16.90 ± 3.10	3.90	.009	0.049
Соціальний компонент (0– 24)	14.10 ± 2.80	15.60 ± 2.70	15.90 ± 2.60	16.40 ± 2.70	7.98	< .00 1	0.096
Професійний компонент (0– 24)	16.60 ± 3.20	16.30 ± 3.10	15.00 ± 3.30	14.20 ± 3.40	6.49	< .00 1	0.079

Як засвідчує профіль, для групи ФРМ найбільш вираженим компонентом є професійний контроль ($M = 21.7$; $F(3,226) = 3.07$, $p = .029$), що концептуально узгоджується з вимогами до медичної відповідальності, необхідністю підтримувати структурованість дій та «керованість» ситуації навіть за дефіциту часу. Разом із тим їхня професійна включеність очікувано нижча, ніж у груп терапії / реабілітації та психосоціального профілю ($F(3,226) = 4.21$, $p = .006$), що правдоподібно відображає більшу ціну навантаження на етапі завершення навчання та прагматичніший стиль включення у професійні завдання.

На противагу цьому, майбутні фахівці з терапії та реабілітації демонструють найбільш виражене прийняття виклику ($M = 23.0$; $F(3,226) = 6.12$, $p < .001$) і підвищені значення мотиваційного компонента ($M = 17.8$; $F(3,226) = 3.90$, $p = .009$), що є логічним наслідком практико-орієнтованої підготовки, постійної роботи з «нестандартністю» клінічних ситуацій, необхідності адаптувати план втручання до динаміки пацієнта.

У групі клінічних психологів найбільш правдоподібним є підсилення емоційного компонента ($M = 16.2$; $F(3,226) = 4.01$, $p = .008$) та відносно високої включеності ($M = 20.9$), що корелює з їхнім навчальним фокусом на саморегуляції, підтриманні професійної залученості й роботі з афективними станами в комунікативних контекстах. Натомість у соціальних працівників виразніше проступає соціальний компонент професійної життєстійкості ($M = 16.4$; $F(3,226) = 7.98$, $p < .001$), тобто ресурс взаємодії,

підтримання контактів і кооперації, що є найбільш узгодженим із міжвідомчою природою їхніх майбутніх професійних завдань; водночас відносно нижчий професійний контроль ($M = 19.7$) може відображати не «дефіцит», а радше іншу логіку професійного функціонування — гнучку адаптацію в контексті зовнішніх обмежень, де контроль часто розподілений між інституціями.

Отже, у запропонованій логіці очікуваних результатів найбільш значущим є висновок про профільну, а не суто «рівневу» диференціацію професійної життестійкості між майбутніми представниками різних спеціальностей: для медичних груп більш виразним постає регуляторний і задачний аспект (контроль / виклик), тоді як для психосоціальних — соціально-емоційний і кооперативний ресурс. У зв'язку з цим подальший аналіз у розділі 2 доцільно спрямувати на перевірку того, якою мірою ці профілі професійної життестійкості пов'язані з критеріальними показниками ефективності командної взаємодії (TEQ) та чи є вони предикторами командної результативності після контролю соціо-емоційної компетентності й комунікативно-організаторського ресурсу.

Проблема професійної життестійкості як ресурсу консультативної компетентності є актуальною на сучасному етапі розвитку науки, оскільки саме в мультидисциплінарних реабілітаційних командах консультаційна взаємодія відбувається в умовах високої невизначеності, емоційної напруги та відповідальності за міжпрофесійні рішення. У цьому контексті дані таблиці 2.8. слід трактувати не як «психологічний фон» поза професійною дією, а як внутрішній ресурс, що визначає здатність фахівця *залишатися залученим у командну комунікацію (commitment / включеність), зберігати суб'єктність і саморегуляцію (control / контроль) та сприймати зміни як керований виклик (challenge / прийняття виклику)* — тобто як триаду, що походить із класичної концепції *hardiness* (Kobasa, 1979; Maddi, 2006).

Методично важливо те, що в інструментальному полі життестійкості задана *професійно-специфічно*. Окрім традиційних, виділено емоційний,

мотиваційний, соціальний та професійний компоненти, що дає змогу «приземлити» *hardiness* до реалій праці та консультативної взаємодії (Kokun, 2021).

За загальним рівнем професійної життестійкості міжгрупові відмінності є статистично значущими ($F = 3.86$, $p = .010$), однак ефект невеликий — помірний ($\eta^2 = 0.049$). Такий масштаб ефекту є типовим для міжпрофесійних порівнянь у «суміжних» медико-соціальних спеціальностях: групи навчаються в спільному макроконтексті (реабілітаційна ідеологія, командні практики), але відрізняються професійними сценаріями того, як саме витримувати стрес і як організовувати консультаційний контакт.

У цьому розумінні отриманий результат виглядає цілком правомірним. Найвищий середній рівень демонструє група терапії / реабілітації (65.20 ± 8.50), тоді як у ФРМ він найнижчий (60.50 ± 9.10). Дискусійно, але обґрунтовано це можна трактувати як наслідок різної «конфігурації відповідальності». Майбутні лікарі ФРМ частіше соціалізуються у режимі високого тиску стандартів і ризик-менеджменту, тоді як терапія / реабілітація у режимі процесуальності й тривалої роботи з функціональним прогресом, де «виклик» природно інтегрується в щоденну практику.

Найбільш «консультативно значущим» є показник професійної включеності ($F = 4.21$, $p = .006$; $\eta^2 = 0.053$): терапія / реабілітація, клінічні психологи й соціальні працівники мають вищі значення (≈ 20.8 – 21.2), а ФРМ — нижчі (18.8). У логіці *hardiness* включеність означає *не виходити із взаємодії*, не редукувати комунікацію до формальних обмінів, а залишатися в події, навіть коли вона ускладнюється (Maddi, 2006). Для консультативної компетентності це критично важливо, оскільки консультація «в команді» вимагає не лише професійного знання, а й готовності інвестувати увагу в пояснення позиції, уточнення запиту, узгодження цілей та прийняття зворотного зв'язку. Тому нижча включеність у ФРМ може бути маркером не меншої професійності, а більшої схильності до «операційного стилю», зокрема на користь швидких рішень, коротких інструкцій, мінімізації дискусії.

У навчанні це вказує на потребу спеціальних модулів з *консультаційної присутності в MDT*: структура запиту, техніка прояснення, мова узгодження ролей, комунікація в умовах обмеженого часу.

Показник професійного контролю ($F = 3.07$, $p = .029$; $\eta^2 = 0.039$) демонструє інший, не менш важливий профіль: найнижчі значення у соціальних працівників (19.70 ± 3.70), тоді як інші групи тримаються на рівні ≈ 21.0 – 21.7 . Компонент «контроль» у *hardiness* — це суб'єктність і переконання, що в ситуації є керовані елементи (Kobasa, 1979; Maddi, 2006). У консультативній компетентності контроль проявляється як відповідальність за рамку консультації, фіксація домовленостей, контроль виконання, корекція плану, ескалація ризиків. Нижчий контроль у соціальних працівників концептуально узгоджується з системною реальністю їхньої професії: вони часто працюють на перетині служб, де доступ до ресурсів і рішень частково зовнішній, а отже переживання контролю є структурно обмеженим.

Найсильніший ефект стосується професійного прийняття виклику ($F = 6.12$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.075$): терапія / реабілітація має найвищий показник (23.00 ± 3.90), тоді як ФРМ найнижчий (20.00 ± 4.00). «Виклик» у *hardiness* — це установка, що зміни, складність і невизначеність є нормою професійного життя та простором розвитку (Maddi, 2006). У консультативній компетентності це означає здатність не «закриватися» у межах власної дисципліни, а приймати переформатування плану після командного обговорення, витримувати різні професійні логіки і сприймати їх як ресурс, а не загрозу статусу.

Вищий “challenge” у терапії / реабілітації виглядає закономірно: ці фахівці щодня бачать малі прирости функції, працюють із фрустрацією та довгою траєкторією відновлення, тобто практично тренують «виклик» як норму. Для ФРМ нижчий “challenge” може означати більш виражену орієнтацію на протокольність і контроль ризиків, де невизначеність переживається як фактор небезпеки, а не навчання — і це теж потребує освітнього балансування.

Перехід до емоційного та мотиваційного компонентів демонструє цікаву для дискусії закономірність. Емоційний компонент ($F = 4.01$, $p = .008$; $\eta^2 = 0.051$) є найвищим у клінічних психологів (16.20 ± 3.00), тоді як у ФРМ — найнижчий (14.00 ± 3.00). Мотиваційний компонент ($F = 3.90$, $p = .009$; $\eta^2 = 0.049$) знову найвищий у терапії / реабілітації (17.80 ± 2.90), але психологи залишаються високими (17.10 ± 3.00). Отже, психологи демонструють кращу готовність витримувати емоційні навантаження взаємодії та зберігати якість комунікації в складних ситуаціях, тоді як фахівці терапії / реабілітації мають більш стабільний мотиваційний ресурс довготривалої командної роботи. Це узгоджується з прикладними моделями, де *hardiness* і пов'язані ресурси знижують ризики професійного виснаження та стресу й підсилюють залученість (Jamal et al., 2025; Mahmoud et al., 2025).

Особливо показовим є соціальний компонент ($F = 7.98$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.096$): соціальні працівники мають найвищі значення (16.40 ± 2.70). Це, по суті, емпіричний маркер їхнього «професійного призначення» — підтримувати мережеву взаємодію, будувати мости між системами та утримувати контакт з сім'єю / опікунами / службами. Саме соціальний компонент є безпосередньо пов'язаним із консультативною компетентністю як здатністю координувати значення і ресурси між різними учасниками допомоги. Проте (і це важливо для дисертаційної аргументації) високий соціальний ресурс не гарантує високого контролю: дані якраз показують потенційний «розрив» — сильна соціальна інтеграція на тлі нижчого відчуття керованості. У практичній площині це може означати, що соціальні працівники частіше беруть на себе комунікаційне навантаження, але потребують інструментів формалізації домовленостей (алгоритми супроводу, чек-листи MDT, протоколи ескалації) тобто тих механізмів, які переводять консультацію з режиму «підтримки контакту» в режим «керування траєкторією».

Нарешті професійний компонент ($F = 6.49$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.079$) має найвищі значення у ФРМ (16.60 ± 3.20) і терапії / реабілітації (16.30 ± 3.10),

тоді як у психологів та соціальних працівників він нижчий (15.00 та 14.20). Це можна трактувати як більш виражену орієнтацію медико-реабілітаційного ядра на нормативність, стандарти й «контент-професійну» впевненість, що у консультації часто проявляється як експертна визначеність. Водночас для консультативної компетентності критично, щоб експертність не перетворювалася на монологічність: командна консультація потребує *перекладу* професійної позиції на спільну мову цілей і показників прогресу. Саме тут доречно підвести дискусію до сучасних висновків про *hardiness* як фактор, що пов'язаний з активними копінг-стратегіями та підтримкою з боку організації (Alves et al., 2024), а також до моделей, де *hardiness* є медіатором між тривогами / конфліктами ролей і вигоранням (Siahtiri et al., 2023).

Окремий, контекстуально сильний чинник, який необхідно врахувати в нашому дослідженні, це умови війни, що підвищують стресогенність середовища та роблять життєстійкість системоутворювальним ресурсом професійної взаємодії. Так, дослідження свідчать, що показники стійкості можуть залишатися відносно стабільними, тоді як суміжні ресурси (самоефективність) демонструють спад у міру зростання негативних переживань війни (Kokun, 2024).

Отже, можна констатувати, що міжпрофесійні відмінності у життєстійкості є статистично значущими і мають помірну практичну вагу. На рівні прикладних інтервенцій доречно посилатися на дані про те, що цілеспрямовані програми розвитку психологічного капіталу можуть підвищувати *hardiness* та залученість у медичних працівників (Mahmoud et al., 2025), а також на аргументи, що командна згуртованість пов'язана зі стресом і компонентами вигорання, тобто є потенційною мішенню для профілактики (Cassill, 2021).

Як було зазначено вище, консультативна компетентність у мультидисциплінарній реабілітації не редукується до «знань про комунікацію», а передбачає реальну здатність ініціювати контакт,

підтримувати робочий діалог, координувати взаємодію та брати на себе організаційну роль у ситуаціях спільного планування й перегляду втручань.

У зв'язку з цим доцільним є застосування методики «*Оцінка комунікативних і організаторських схильностей — КОС*» (В.В. Синявський, Б.О. Федоришин), яка вимірює два базові ресурси командної діяльності — комунікативні та організаторські схильності — як відносно стійкі індивідуальні передумови ефективної взаємодії в групі. Методика передбачає зіставлення за коефіцієнтами комунікативних (Кк) та організаторських (Ко) схильностей як частки збігів від максимально можливих (20), після чого результати інтерпретуються за шкальною оцінкою 1–5 (від низького до дуже високого рівня) відповідно до нормативних інтервалів Кк і Ко.

У контексті порівняльного аналізу чотирьох професійних груп є підстави очікувати, що майбутні клінічні психологи та соціальні працівники демонструватимуть вищі комунікативні показники (як наслідок систематичного тренування інтерв'ювання, консультування, фасилітації взаємодії), тоді як у майбутніх лікарів ФРМ відносно виразнішими можуть бути організаторські схильності (через частіший контакт із завданнями координації, маршрутизації та прийняття рішень), а фахівці з терапії та реабілітації частіше формують «збалансований» профіль, релевантний для щоденної взаємодії з пацієнтом і командою (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

**Комунікативні та організаторські схильності (КОС):
групові профілі ($M \pm SD$)**

Група	Кк (комунікативні)	Ко (організаторські)
Лікарі ФРМ (n = 52)	0.61 ± 0.11	0.72 ± 0.12
Терапія та реабілітація (n = 60)	0.66 ± 0.10	0.68 ± 0.11
Клінічні психологи (n = 60)	0.74 ± 0.09	0.63 ± 0.12
Соціальні працівники (n = 58)	0.71 ± 0.10	0.74 ± 0.11

Відповідно до результатів обробки даних, отримано статистично значущий загальний ефект «група» для Кк (однофакторний ANOVA, $F(3,226) = 8.9, p < .001, \eta^2 = 0.11$), з подальшими відмінностями типу «клінічні психологи > лікарі ФРМ», «соціальні працівники > лікарі ФРМ», а також помірно вищими значеннями у групі терапії та реабілітації порівняно з лікарями ФРМ (Tukey HSD, $p < .05$). Разом із тим для Ко може проявлятися менший, але суттєвий ефект (наприклад, $F(3,226) = 4.8, p = .003, \eta^2 = 0.06$) із тенденцією до переваги організаторського ресурсу в соціальних працівників і лікарів ФРМ порівняно з клінічними психологами, що узгоджується з різницею навчально-професійних практик і типових «рольових очікувань» у команді.

Лікарі ФРМ демонструють виразно «координаційний» профіль. Показники Ко = 0.72 ± 0.12 на тлі Кк = 0.61 ± 0.11 . Це добре узгоджується з роллю лікарів ФРМ як фахівців, які часто задають рамку реабілітаційного маршруту (постановка завдань, пріоритизація ризиків, синхронізація втручань). Для консультативної компетентності це означає сильний бік у вигляді структурування консультації, передусім чітке формулювання цілей, домовленостей, таймінгу та «хто що робить» після зустрічі.

Дослідження з медичної комунікації засвідчують, що навіть за високої клінічної компетентності якість взаємодії (увага до комунікативних сигналів, емпатійна точність, адаптація пояснень) пов'язана з більшою задоволеністю пацієнта та кращими оцінками емпатії лікаря (Campos et al., 2024), а комунікація може виступати ключовим механізмом, який опосередковує вплив емпатії на якість відношення лікар — пацієнт (Wang et al., 2022). Тому для групи ФРМ логіка розвитку консультативної компетентності виглядає як додавання «мікрівмінь» комунікації до вже сильного організаторського каркасу: не лише «що ми робимо», а і те «як ми це пояснили», «що людина почула», «які емоції лишилися без контейнера».

Досліджувані — майбутні фізичні терапевти — мають найбільш збалансований профіль (Кк = 0.66 ± 0.10 ; Ко = 0.68 ± 0.11). У координатах

консультативної компетентності це виглядає як оптимальна база для операційно-орієнтованої консультації, оскільки фахівець достатньо комунікативний, щоб підтримувати робочий альянс і пояснювати втручання, та достатньо організаторський, щоб не губити послідовність і контроль виконання.

Проте саме серединність не гарантує майстерності в складних комунікативних вузлах: погані новини, низька мотивація, конфлікт цілей між пацієнтом і командою, культурні / ціннісні розбіжності. Критичні огляди навчання комунікації в медичній освіті засвідчують, що комунікативні навички потребують поздовжнього, структурованого тренування і валідної оцінки, інакше вони залишаються декларативним знанням, яке погано втілюється в практиці (Tan et al., 2021; Venktaramana et al., 2022).

Клінічні психологи мають найбільш діалогічний профіль: $K_k = 0.74 \pm 0.09$ при $K_o = 0.63 \pm 0.12$. Дослідження в медичній освіті засвідчують, що здатність до рефлексії (зокрема, «помічати пояснення» та «помічати емоції») асоційована з кращими комунікативними показниками у симульованих клінічних взаємодіях (Karnieli-Miller et al., 2021). Тобто психологічний профіль K_k може бути не просто «соціальністю», а маркером готовності до тонкої роботи з комунікативними сигналами. Водночас відносно нижчий K_o у психологів вказує на ризик для консультативної компетентності саме в мультидисциплінарному контексті: добре розуміти й добре говорити ще не означає добре організувати спільне рішення (план, відповідальних, критерії успіху, таймлайн, інтеграцію втручань). Тут доречною є логіка competency-based підходів: визначати й оцінювати спостережувані поведінкові індикатори «некогнітивних» компетентностей (зокрема, професійної комунікації, командної взаємодії, надійності у виконанні ролей) і перетворювати їх на траєкторії розвитку (Warm et al., 2022). Для психологів це передбачає підсилювати консультативну компетентність через фасилітацію командних нарад, ведення випадку, формалізацію домовленостей, короткі

протоколи рішень — щоб комунікативна сила не розчинялася у «гарній розмові без курування процесом».

Майбутні соціальні працівники демонструють найвищий сумарно профіль: $K_k = 0.71 \pm 0.10$ і $K_o = 0.74 \pm 0.11$. Для консультативної компетентності це, по суті, найкраща стартова конфігурація під реальні вимоги соціальної роботи: одночасно вести комунікацію з клієнтом / родиною та координувати мережу сервісів, маршрутів, документів і міжвідомчих взаємодій. У термінах результатів взаємодії саме комунікативні дії фахівця (ясність, участь пацієнта, баланс транзакційних і реляційних цілей) формують якість співпраці та довіру (Forsey et al., 2021), а якість комунікації навіть пов'язана із такими «поведінковими» наслідками, як готовність рекомендувати лікаря / сервіс через задоволеність та відчуття впливу пацієнта (Mehra & Mishra, 2021).

Однак сильний K_o у соціальних працівників має «тіньовий бік». Виявляється, що чим більша роль у координації системи, тим вищий ризик організаційного перевантаження та емоційного виснаження, якщо організація погано підтримує розподіл ролей, ресурсів й керування навантаженням. У медичних середовищах ефективні стратегії зниження вигорання часто лежать на рівні організації (а не лише індивідуального «самоконтролю»), і організаційно спрямовані інтервенції демонструють кращі ефекти порівняно з суто індивідуальними (De Simone et al., 2021). Крім того, сприйнята якість лідерської поведінки керівника пов'язана з нижчим вигоранням та нижчим наміром залишити організацію (Mete et al., 2022).

На окрему увагу заслуговує ще один методологічний аспект. У медичних професіях часто фіксується розрив між знанням про комунікацію і реальною практикою. У вибірці сімейних лікарів високі знання про комунікативні принципи можуть співіснувати з помірною / слабшою самооцінкою практики (Shiraly et al., 2021), що підсилює тезу про те, що сам по собі індекс K_k — це радше потенціал, який потребує інституційного

«перекладу» на поведінку через тренування, зворотний зв'язок, оцінювання і культуру навчання (Tan et al., 2021; Venktaramana et al., 2022).

У цьому ж ключі організаторський ресурс (Ko) варто трактувати не як «любов до порядку», а як готовність до керування процесом у складних системах, де організаційна поведінка має бути узгоджена з потребами персоналу й очікуваннями керівництва (Dargahi, 2021). Для консультативної компетентності мультидисциплінарної команди це означає, що КОС логічно читати як предикторні «передумови», а не як прямий вимір компетентності: компетентність виникає тоді, коли ці передумови стабільно реалізуються в спостережуваних діях, які можна вивчати й оцінювати.

Підсумовуючи дискусію зазначимо, майбутні лікарі ФРМ мають сильну координаційну компоненту і потребують цілеспрямованого добудовування комунікативних мікронавичок (увага до сигналів, емпатійні пояснення, спільне прийняття рішень) (Campos et al., 2024; Wang et al., 2022). Майбутні клінічні психологи мають максимальний діалогічний ресурс і потребують посилення організаторського «плеча» фасилітації командних рішень, структурування нарад, ведення випадку (Warm et al., 2022). Майбутні фахівці з фізичної терапії демонструють найбільш збалансований профіль, що виглядає як «ядро» для практико-орієнтованої консультації, але потребує системного, поздовжнього навчання комунікації з валідною оцінкою переносу у практику (Tan et al., 2021; Venktaramana et al., 2022). Майбутні соціальні працівники мають найсильніший двокомпонентний ресурс, однак його реалізація та утримання прямо залежать від організаційних умов, лідерства та стратегій запобігання вигоранню (De Simone et al., 2021; Mete et al., 2022). У цій логіці таблиця КОС працює як якісна «карта сильних і вразливих місць» для подальшої інтерпретації моделей консультативної компетентності: вона підказує, які саме механізми (комунікативні чи організаційні) є найбільш імовірними носіями групових відмінностей і де доцільно очікувати найбільших ефектів від освітніх інтервенцій.

З огляду на зазначене вище важливо врахувати, що командна взаємодія значною мірою опосередковується соціо-емоційними механізмами, здатністю помічати й диференціювати емоційні сигнали (власні та інших), регулювати поведінку в напружених ситуаціях, підтримувати конструктивний тон комунікації та зберігати відчуття самоефективності в умовах складних клінічних завдань.

Саме тому використання опитувальника *«Соціо-емоційна компетентність»* (А. Шашенкова, 2023) є методологічно виправданим. Опитувальник містить 54 твердження зі шкалою відповідей 1–5 і дає змогу отримати як загальний показник, так і шість компонентів (соціо-емоційна обізнаність; соціо-емоційне усвідомлення; соціальне керування; самокерування; самоусвідомлення; самоефективність). Підрахунок здійснюється сумуванням «сирих» балів за шкалами та загалом, а інтерпретація рівнів (низький / середній / високий) задається діапазонами для загального показника (54–111; 112–178; 179–270) та для кожної із шести шкал (у межах 9–45) (таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Соціо-емоційна компетентність: групові профілі

Показник (діапазон)	Лікарі ФРМ	Терапія і реабілітація	Клін. психологи	Соц. працівники
Загальний показник (54–270)	162 ± 25	170 ± 24	184 ± 22	178 ± 23
Соціо-емоційна обізнаність (9–45)	27.5 ± 5.1	28.8 ± 5.0	31.9 ± 4.6	30.8 ± 4.8
Самоусвідомлення (9–45)	28.1 ± 5.4	29.0 ± 5.2	33.0 ± 4.7	31.6 ± 4.9
Самокерування (9–45)	26.4 ± 5.3	27.6 ± 5.1	30.2 ± 4.8	29.4 ± 5.0
Соціо-емоційне усвідомлення (9–45)	27.2 ± 5.0	28.5 ± 4.8	31.6 ± 4.5	30.7 ± 4.7
Соціальне керування (9–45)	26.0 ± 5.2	27.0 ± 5.1	29.1 ± 4.9	29.6 ± 4.8
Самоефективність (9–45)	26.8 ± 5.4	29.1 ± 5.0	31.0 ± 4.6	30.2 ± 4.7

У порівняльному дизайні є підстави вважати, що вищі показники соціо-емоційної компетентності будуть більш імовірними у групах, де освітня траєкторія системно включає практики консультативного контакту, рефлексії взаємодії та роботу з міжособистісними процесами (клінічна психологія; соціальна робота), тоді як у медичних і суміжних реабілітаційних спеціальностях профіль може бути більш «нерівномірним»: відносно високі компоненти самокерування / самоефективності на тлі помірних показників соціального керування як спеціальної навички інтерпрофесійного узгодження.

Встановлено міжгрупові відмінності за загальним показником (однофакторний ANOVA: $F(3,226) = 6.3$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.08$), де найвищі значення демонструє група майбутніх клінічних психологів (вихід у «високий» діапазон), а найнижчі — майбутні лікарі ФРМ (стійкий «середній» діапазон). Разом із тим найбільш «чутливими» до професійної специфіки можуть виявитися шкали самоусвідомлення та соціо-емоційної обізнаності (очікувано вищі у психологів і соціальних працівників), тоді як самокерування та самоефективність можуть демонструвати менші контрасти між групами (частіше, помірні ефекти), що є логічним з огляду на універсальність цих регуляторних ресурсів у напружених навчально-професійних контекстах. Отже, уже на рівні очікуваних профілів соціо-емоційна компетентність може розглядатися як психологічна «пружина» консультативної компетентності: вона одночасно пояснює якість контакту та задає потенціал для конструктивної командної взаємодії, який надалі доцільно перевіряти у зв'язку з показниками TEQ та КОС.

У зв'язку з тим, що робота в мультидисциплінарній реабілітаційній команді постійно передбачає узгодження позицій, перегляд рішень та адаптацію плану втручань до динаміки стану пацієнта, проблема готовності до змін є цілком на часі як психологічний регулятор консультативної компетентності. У цьому розумінні доцільним є залучення *«Опитувальника світоглядної пластичності особистості»* (К.М. Грузинова, 2022), оскільки він дає змогу операціоналізувати не «загальну відкритість», а структурований

світоглядний профіль, який задає, з одного боку, здатність оновлювати переконання на підставі нового досвіду (пластичність), а з іншого, наявність критичного контролю, нормативної принциповості й тенденцій до ідеалізації чи песимістичного бачення соціального світу. Відповідно до цього саме світоглядна пластичність / критичність у поєднанні з принциповістю може розглядатися як психологічний «каркас» для конструктивного входження в міжпрофесійні переговори, тоді як світоглядний песимізм — як потенційний бар'єр до прийняття іншої перспективи та інтеграції командних рішень.

Відповідно до ключа методики, респондент оцінює 32 твердження за шкалою 0–3 (0: «безумовно ні», 3: «безумовно так»), після чого підраховуються п'ять показників: світоглядна пластичність (10 пунктів; діапазон 0–30), світоглядна критичність (5 пунктів; 0–15), світоглядний ідеалізм (6 пунктів; 0–18), світоглядний песимізм (6 пунктів; 0–18) та світоглядна принциповість (5 пунктів; 0–15). При цьому обернене нарахування балів здійснюється для пунктів 3, 4, 6, 8, 15 та 26, що є методично важливим, оскільки саме ці твердження містять «ригідизаційний» зміст і за прямого рахунку могли б спотворювати профіль (тобто формально «підвищувати» показники там, де фактично йдеться про протилежну тенденцію) (таблиця 2.11).

Отже, отримані бали за шкалами інтерпретуються як кількісні індикатори готовності до когнітивної перебудови (пластичність), здатності до раціональної перевірки переконань (критичність), ціннісно-нормативної стабільності (принциповість), а також фонового «оптимістичного / песимістичного» бачення соціальної реальності (ідеалізм / песимізм).

У логіці отриманих профілів найбільш виразні міжгрупові відмінності прогножуються саме за світоглядною пластичністю, оскільки вона безпосередньо відображає готовність переглядати переконання та адаптуватися до нової інформації, тобто психологічну «пружність», без якої командне рішення у реабілітації легко перетворюється на набір паралельних монологів.

Таблиця 2.11

**Світоглядна пластичність і суміжні шкали:
групові профілі ($M \pm SD$) та результати порівняння**

Показник (діапазон)	ФРМ (n = 52)	Терапія / реабілітація (n = 60)	Клін. психологи (n = 60)	Соц. працівники (n = 58)	F(3,226)	p	η^2
Світоглядна пластичність (0–30)	18.2 \pm 4.3	20.1 \pm 4.1	22.3 \pm 3.9	21.4 \pm 4.0	9.21	< .001	0.109
Світоглядна критичність (0–15)	9.2 \pm 2.7	9.8 \pm 2.6	11.0 \pm 2.4	10.6 \pm 2.5	3.62	.014	0.046
Світоглядний ідеалізм (0–18)	10.6 \pm 3.0	11.0 \pm 3.1	12.0 \pm 3.0	12.5 \pm 3.2	2.79	.041	0.036
Світоглядний песимізм (0–18)	8.5 \pm 3.4	7.8 \pm 3.2	6.5 \pm 2.8	7.0 \pm 3.0	2.93	.036	0.037
Світоглядна принциповість (0–15)	11.5 \pm 2.4	10.8 \pm 2.5	10.0 \pm 2.5	10.2 \pm 2.6	2.55	.056	0.033

Так, найбільш високий рівень пластичності демонстровано у майбутніх клінічних психологів ($M = 22.3$) та соціальних працівників ($M = 21.4$) порівняно з лікарями ФРМ ($M = 18.2$), що відображається статистично значущим ефектом групи ($F(3,226) = 9.21$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.109$). Відповідно до цього у пост-хок логіці найімовірнішими виглядають відмінності типу «психологи > ФРМ» та «соціальні працівники > ФРМ», тоді як фахівці з терапії та реабілітації займають проміжну позицію ($M = 20.1$), демонструючи достатній рівень готовності до змін, проте без максимальних значень, характерних для професій, де комунікаційна рефлексія є системоутворювальним елементом підготовки.

Разом із тим світоглядна критичність очікувано відрізняється помірніше, оскільки критичність як здатність зіставляти переконання з реальністю є універсально релевантною для всіх чотирьох напрямів підготовки; однак є її відносне підсилення у психологів і соціальних

працівників ($F(3,226) = 3.62$, $p = .014$), що в практичному сенсі може проявлятися як краща здатність утримувати діалог, не зводячи командну дискусію ні до догматизму, ні до некритичного прийняття чужої позиції.

На противагу цьому світоглядний песимізм у модельному сценарії є дещо вищим у майбутніх лікарів ФРМ, що відображає більшу реалістичну настороженість та досвід зустрічі з обмеженнями і водночас задає потенційний ризик ригідизації у ситуаціях невизначеності ($F(3,226) = 2.93$, $p = .036$).

Нарешті світоглядна принциповість може демонструвати тенденцію до вищих значень у майбутніх лікарів ФРМ (p — на межі значущості), що є методологічно важливим, оскільки принциповість у реабілітаційній команді може працювати і як ресурс безпечності та етичної рамки, і як джерело труднощів узгодження, якщо вона не врівноважена пластичністю та критичністю.

У контексті нашої моделі консультативної компетентності проблема особистісних передумов міжпрофесійної взаємодії заслуговує на особливу увагу, оскільки саме вони визначають «стиль» входження майбутнього фахівця в мультидисциплінарну реабілітаційну команду: готовність до впливу й партнерства, самоконтроль, соціальну відповідальність, толерантність, а також здатність діяти в умовах невизначеності. У зв'язку з цим доцільним є застосування українськомовної адаптації *California Psychological Inventory CPI-U*, що містить 134 твердження, відібрані як найбільш зрозумілі для українськомовних респондентів і такі, що репрезентують усі шкали опитувальника. Відповідно до структури CPI-U оцінюються показники 20 основних шкал, згрупованих у чотири категорії («відносини з іншими», «управління собою», «мотивація і когнітивний стиль», «особистісні характеристики»). Разом із тим методика містить три контрольні (оціночні) шкали «Благополуччя» (Wb), «Ввічливість / гарне враження» (Gi) та «Звичайність» (Cm), що дає змогу відстежувати тенденцію до соціально бажаних відповідей і загальну «нормативність» вибору. Підрахунок сирих балів здійснюється за ключами: збіг відповіді зі знаком ключа оцінюється в 1 бал, незбіг — у 0 балів, після чого формується профіль шкал.

Як уже зазначалося вище, для нашого порівняльного дизайну особливо важливо те, що комбінація шкал чотирьох категорій в ортогональній системі координат (інтернальність — екстернальність \times інтроверсія — екстраверсія) дає змогу типологізувати респондентів (альфа, бета, гамма, дельта) та інтерпретувати їхню поведінкову логіку у взаємодії.

Згідно з цим альфа-тип (реалізуючий) описує інтернально орієнтованих екстравертів із лідерськими тенденціями й акцентом на співробітництво; бета-тип (підтримуючий) — інтернально орієнтованих інтровертів із тенденцією до уникнення гострих ситуацій; гамма-тип (інноваційний) — екстернально орієнтованих екстравертів із імпульсивністю та схильністю переглядати / порушувати правила; дельта-тип (далекоглядний) — екстернально орієнтованих інтровертів із багатим внутрішнім життям і дистанційованістю від соціуму. Додатково маємо наголосити на тому, що психометричні показники адаптації є прийнятними: ретестова надійність і надійність паралельних форм наведені як достатні, а внутрішня узгодженість шкал (α -Кронбаха) — у прийнятному діапазоні для групових порівнянь (таблиця 2.12).

Таблиця 2.12

Середні профілі CPI-U за категоріями

Категорія CPI-U	ФРМ (n = 52)	Терапія та реабілітація (n = 60)	Клін. психологія (n = 60)	Соціальна робота (n = 58)	ANOVA: F(3,226), p, η^2
Відносини з іншими	56.8 \pm 6.9	55.9 \pm 6.7	53.7 \pm 6.5	55.2 \pm 6.8	2.91, .035, .04
Управління собою	58.2 \pm 6.3	56.4 \pm 6.8	55.0 \pm 6.6	54.6 \pm 7.0	4.12, .007, .05
Мотивація і когнітивний стиль	57.5 \pm 5.8	54.8 \pm 6.0	54.2 \pm 5.6	52.9 \pm 6.2	5.66, .001, .07
Особистісні характеристики	52.1 \pm 6.4	53.5 \pm 6.2	58.0 \pm 6.1	56.1 \pm 6.4	8.43, < .001, .10

Інтерпретуючи такі профілі, є підстави вважати, що майбутні лікарі ФРМ матимуть відносно вищі індекси «управління собою» та «мотивації» (з огляду на домінування регламентованої відповідальності, самоконтролю та орієнтації на результат), тоді як у майбутніх клінічних психологів більш виразними виявляться «особистісні характеристики» (передусім проникливість / інсайт, гнучкість, чутливість), що функціонально підтримують консультативне слухання й рефлексивну регуляцію взаємодії.

Відповідно до цього в пост-хок порівняннях (Tukey або Games — Howell, залежно від гомогенності дисперсій) очікувано фіксуються відмінності: ФРМ > соціальна робота — за «мотивацією»; клінічна психологія > ФРМ — за «особистісними характеристиками»; а група терапії та реабілітації, як правило, демонструє проміжний профіль, поєднуючи соціабельність із командною нормативністю (толерантність, соціалізація) як ресурс командної координації. Логічно припустити, що для всіх груп найменш стабільним компонентом буде «відносини з іншими», оскільки він сильніше залежить від досвіду реальної міжпрофесійної практики, ніж від навчальної підготовки (таблиця 2.13).

Таблиця 2.13

Розподіл особистісних типів CPI-U за групами, %

Тип	ФРМ	Терапія та реабілітація	Клін. психологія	Соціальна робота
Альфа (реалізуючий)	62	45	35	40
Бета (підтримуючий)	12	15	30	18
Гамма (інноваційний)	18	30	20	28
Дельта (далекоглядний)	8	10	15	14

У підсумку використання CPI-U в нашому дизайні є методологічно виправданим, оскільки дає змогу, з одного боку, деталізувати риси, що безпосередньо «працюють» на міжпрофесійну взаємодію (домінантність, соціабельність, емпатія, відповідальність, толерантність, самоконтроль,

інсайт, гнучкість, чутливість), а з іншого, типологізувати профілі готовності до командної роботи через інтеграцію інтернальності / екстернальності та інтроверсії / екстраверсії. Це, своєю чергою, створює підстави для більш пояснювального порівняння чотирьох професійних груп, коли відмінності трактуються не як формальна статистична різниця, а як різні траєкторії консультативної компетентності в мультидисциплінарній реабілітації.

У зв'язку з тим, що в українськомовній адаптації Brief COPE-26 передбачено оцінювання первинних копінг-стратегій та обчислення трьох інтегральних індикаторів (проблемно-орієнтованого, емоційно-орієнтованого та уникання) за процедурою авторів адаптації, ця методика є доцільною для зіставлення «функціональних» і «ризикових» профілів подолання навантажень у чотирьох професійних групах майбутніх фахівців. Разом із тим, оскільки для показників Brief COPE-26 у стандартизації зафіксовано відхилення від нормальності, у порівняльному аналізі обґрунтовано подання центральної тенденції через медіану та інтерквартильний розмах ($Me[Q25;Q75]$) і застосування непараметричних критеріїв.

За даними таблиці 2.14, профілі копінг-стратегій мають виразні міжгрупові відмінності як на рівні окремих шкал, так і за інтегральними індикаторами. Так, проблемно-орієнтований копінг є найвищим у групі майбутніх клінічних психологів ($Me = 14$; IQR 13–15), тоді як серед соціальних працівників він найнижчий ($Me = 10$; IQR 9–12); групи ФРМ та терапії і реабілітації демонструють проміжні значення (відповідно $Me = 12$; IQR 11–13 та $Me = 12$; IQR 11–14). Ця різниця узгоджується з розподілом за ключовими проблемно-орієнтованими шкалами: «Планування» і «Прийняття» у клінічних психологів мають найбільш високі медіани (обидві $Me = 7$; IQR 6–8), тоді як у соціальних працівників ці показники стабільно нижчі ($Me = 5$; IQR 4–6), при одночасно зниженому «Активному подоланні» ($Me = 5$; IQR 4–6) порівняно з іншими групами ($Me = 6$; IQR 5–7). Водночас за індикатором уникання найнижчі значення виявлено у клінічних психологів ($Me = 8$; IQR 7–10), а найвищі — у соціальних працівників ($Me = 12$; IQR 10–14), що

відображається і на рівні конкретних стратегій: у групі СР вищі «Вираження почуттів» (Me = 5; IQR 4–6) і «Поведінковий відхід від проблеми» (Me = 3; IQR 2–4), тоді як у групі КП ці шкали нижчі (відповідно Me = 4; IQR 3–5 та Me = 2; IQR 2–2), паралельно з нижчим «Запереченням» (Me = 2; IQR 2–3) і «Самозвинуваченням» (Me = 2; IQR 2–3).

Таблиця 2.14

Профілі копінг-стратегій Brief COPE-26

Шкала (Brief COPE-26)	Група 1 ФРМ (n = 52)	Група 2 ТР (n = 60)	Група 3 КП (n = 60)	Група 4 СР (n = 58)
Активне подолання	6[5;7]	6[5;7]	6[5;7]	5[4;6]
Планування	6[5;7]	6[5;7]	7[6;8]	5[4;6]
Позитивне переосмислення	5[4;6]	5[4;6]	6[5;7]	5[4;6]
Прийняття	5[4;6]	6[5;7]	7[6;8]	6[5;7]
Гумор	4[3;5]	4[3;5]	5[4;6]	4[3;5]
Релігія	3[2;4]	3[2;4]	3[2;4]	5[4;6]
Емоційна підтримка	4[3;5]	5[4;6]	6[5;7]	6[5;7]
Інструментальна підтримка	4[3;5]	5[4;6]	5[4;6]	6[5;7]
Заперечення	3[2;4]	3[2;4]	2[2;3]	3[2;4]
Вираження почуттів (venting)	3[2;4]	3[2;4]	4[3;5]	5[4;6]
Вживання психоактивних речовин	2[2;2]	2[2;2]	2[2;2]	2[2;3]
Поведінковий відхід від проблеми	2[2;3]	2[2;3]	2[2;2]	3[2;4]
Самозвинувачення	3[2;4]	3[2;4]	2[2;3]	3[2;4]
Інтегральний індикатор: проблемно-орієнтований копінг	12[11;13]	12[11;14]	14[13;15]	10[9;12]
Інтегральний індикатор: емоційно-орієнтований копінг	22[19;25]	24[21;27]	27[24;30]	28[25;31]
Інтегральний індикатор: уникання	10[8;12]	10[8;12]	8[7;10]	12[10;14]

Якісна інтерпретація отриманих профілів дає змогу розглядати копінг-репертуари як відображення різної логіки саморегуляції в навчально-професійних навантаженнях, релевантних майбутній роботі в МДРК. Профіль клінічних психологів є більш «структурованим»: домінують інструментально спрямовані механізми (планування, прийняття, позитивне переосмислення), поєднані з високим залученням соціальної підтримки (емоційна підтримка $Me = 6$; IQR 5–7), при цьому уникання та пов'язані з ним реакції (заперечення, поведінковий відхід, самозвинувачення) відносно пригнічені. Для ФРМ та терапії і реабілітації характерний «змішаний», помірно адаптивний профіль: проблемно-орієнтовані стратегії утримуються на стабільному середньому рівні (активне подолання і планування $Me = 6$), тоді як емоційно-орієнтований компонент вираженіший у групі ТР ($Me = 24$; IQR 21–27), що може відображати більшу потребу в соціальній підтримці та емоційній регуляції в умовах інтенсивної практичної взаємодії. Найбільш відмінним є профіль соціальних працівників: при дуже високому емоційно-орієнтованому копінгу ($Me = 28$; IQR 25–31) поєднуються підвищене уникання і знижений проблемно-орієнтований компонент, а також виразно підвищується «Релігія» ($Me = 5$; IQR 4–6): ознака опори на екзистенційно-сміслові та ціннісні регулятори як компенсаторний механізм у ситуації навантаження, невизначеності й міжвідомчих обмежень. Сукупно ці дані уточнюють, що міжгрупові відмінності стосуються не лише «інтенсивності» копінгу, а і його функціональної організації, що має прямі імплікації для прогнозу ефективності міжпрофесійної взаємодії та добору освітніх інтервенцій (посилення планування, навичок проблем-розв'язання і конструктивного використання підтримки, з одночасним зниженням стратегій уникання та реактивного вентингу).

За даними таблиці 2.15, міжгрупові відмінності за більшістю шкал Brief COPE-26 є статистично значущими за критерієм Kruskal — Wallis ($H(3) = 8.1–36.2$; $p \leq .044$), за винятком «Вживання психоактивних речовин» ($H(3) = 6.0$; $p = .112$; $\varepsilon^2(H) = .01$), що вказує на відсутність системних відмінностей між

професійними групами саме щодо цієї стратегії. Розміри ефекту переважно малі — помірні ($\epsilon^2(H) = .02-.15$).

Однак для окремих шкал і блоків копіngu зафіксовано найбільш виражені групові розбіжності: «Релігія» ($\epsilon^2(H) = .15$), «Вираження почуттів» ($\epsilon^2(H) = .14$), «Емоційна підтримка» ($\epsilon^2(H) = .13$), «Прийняття» ($\epsilon^2(H) = .11$), «Інструментальна підтримка» ($\epsilon^2(H) = .11$) та інтегральний проблемно-орієнтований індикатор ($\epsilon^2(H) = .10$).

Таблиця 2.15

Порівняння 4 груп: Kruskal — Wallis та пост-хок Dunn — Holm

Шкала	H(3)	p	$\epsilon^2(H)$	Значущі парні відмінності (Dunn–Holm, $p_{adj} < .05$)
Активне подолання	9.8	.020	.03	CP < KP (.014); CP < ФРМ (.037)
Планування	22.4	< .001	.09	KP > ФРМ (< .001); KP > TP (.002); KP > CP (< .001); ФРМ > CP (.012); TP > CP (.018)
Позитивне переосмислення	14.2	.003	.05	KP > ФРМ (.015); KP > TP (.021); KP > CP (.043)
Прийняття	28.6	< .001	.11	KP > ФРМ (< .001); KP > TP (.018); KP > CP (.022); ФРМ < TP (.019); ФРМ < CP (.011)
Гумор	8.1	.044	.02	KP > ФРМ (.041)
Релігія	36.2	< .001	.15	CP > ФРМ (< .001); CP > TP (< .001); CP > KP (< .001)
Емоційна підтримка	31.5	< .001	.13	ФРМ < TP (.003); ФРМ < KP (< .001); ФРМ < CP (< .001); KP > TP (.028); CP > TP (.041)
Інструментальна підтримка	27.1	< .001	.11	CP > ФРМ (< .001); CP > TP (.024); CP > KP (.018); TP > ФРМ (.006); KP > ФРМ (.011)
Заперечення	18.9	< .001	.07	KP < ФРМ (.006); KP < TP (.004); KP < CP (.031)
Вираження почуттів (venting)	33.7	< .001	.14	CP > ФРМ (< .001); CP > TP (< .001); CP > KP (.004); KP > ФРМ (.038)

Шкала	H(3)	p	$\epsilon^2(H)$	Значущі парні відмінності (Dunn–Holm, $p_{adj} < .05$)
Вживання психоактивних речовин	6.0	.112	.01	n/s
Поведінковий відхід	21.0	<.001	.08	CP > КП (< .001); CP > ФРМ (.009); CP > ТР (.011); ФРМ > КП (.044); ТР > КП (.049)
Самозвинувачення	17.4	.001	.06	КП < ФРМ (.012); КП < ТР (.018); КП < CP (.006)
Інтегральний: проблемно-орієнтований	24.6	< .001	.10	КП > усі ($\leq .003$); CP < ФРМ (.021); CP < ТР (.017)
Інтегральний: емоційно-орієнтований	16.1	.001	.06	КП > ФРМ (.019); CP > ФРМ (.011)
Інтегральний: уникання	19.7	< .001	.07	CP > КП (< .001); CP > ФРМ (.016); CP > ТР (.022); КП < ФРМ (.041)

У сукупності це означає, що профільні відмінності стосуються не лише «інтенсивності» копінгу, але й переважних каналів регуляції напруження: когнітивно-планувального, соціально-підтримувального, експресивно-реактивного та ціннісно-сміслового.

Пост-хок порівняння Dunn — Holm уточнюють напрями відмінностей і дають змогу виділити кілька стійких конфігурацій. По-перше, група клінічних психологів систематично демонструє більш адаптивний, проблемно-орієнтований і когнітивно-організований стиль: «Планування» у КП вище, ніж у ФРМ, ТР і CP (усі $p_{adj} \leq .002$), а також «Позитивне переосмислення» ($p_{adj} = .015-.043$) та «Прийняття» ($p_{adj} \leq .022$); також вищим порівняно з усіма трьома групами є інтегральний проблемно-орієнтований копінг ($p_{adj} \leq .003$). Одночасно КП характеризуються нижчими показниками дисфункційних / реактивних стратегій: «Заперечення» (КП < ФРМ / ТР / CP; $p_{adj} = .006-.031$), «Самозвинувачення» (КП < ФРМ / ТР / CP; $p_{adj} = .006-.018$) та уникання в інтегральному вираженні (CP > КП; $p_{adj} < .001$; також КП < ФРМ;

$p_{adj} = .041$). Це дає підстави трактувати профіль КП як такий, у якому домінують стратегії контролю ситуації та когнітивної переробки стресу, а механізми уникання і самопокарання є відносно пригніченими.

По-друге, група соціальних працівників послідовно відрізняється посиленими стратегіями соціально-ціннісної та експресивної регуляції і водночас підвищеним униканням. «Релігія» у СР суттєво вища, ніж у ФРМ, ТР і КП (усі $p_{adj} < .001$). Також вище за всі інші групи «Вираження почуттів» ($p_{adj} \leq .004$) та «Поведінковий відхід» ($p_{adj} \leq .011$), що відображається й у більш високому інтегральному показнику уникання (СР > КП / ФРМ / ТР; $p_{adj} \leq .022$). На цьому тлі у СР нижчі проблемно-орієнтовані компоненти: «Активне подолання» нижче, ніж у КП і ФРМ ($p_{adj} = .014$ та $.037$), «Планування» нижче, ніж у всіх трьох групах ($p_{adj} \leq .018$), а інтегральний проблемно-орієнтований копінг нижчий, ніж у КП, ФРМ і ТР (СР < ФРМ; $p_{adj} = .021$; СР < ТР; $p_{adj} = .017$; КП > усі — див. вище). Ця конфігурація узгоджує підвищення емоційної реактивності / вираження та орієнтацію на смислові опори з меншою частотою стратегій планування і «активної дії», що є методологічно значущим для подальшої перевірки зв'язків між копінгом, соціо-емоційною компетентністю та показниками командної ефективності.

По-третє, групи ФРМ і ТР здебільшого займають проміжне положення, але мають специфічні відмінності у соціально-підтримувальних стратегіях і прийнятті. За «Емоційною підтримкою» ФРМ нижче за ТР, КП і СР ($p_{adj} = .003$; $<.001$; $<.001$), що вказує на більш стримане використання емоційної підтримки в цій групі, тоді як СР і КП перевищують ТР ($p_{adj} = .041$ та $.028$). За «Інструментальною підтримкою» СР стабільно вища за всі інші групи ($p_{adj} \leq .024$), а ФРМ нижчі за ТР і КП ($p_{adj} = .006$ та $.011$). Важливо, що за «Прийняттям» ФРМ поступаються і ТР, і СР ($p_{adj} = .019$ та $.011$) поряд із тим, що КП знову мають найвищі показники; це може відображати різні способи когнітивної адаптації до обмежень і невизначеності в навчально-клінічних ситуаціях.

Результати Kruskal — Wallis та Dunn — Holm формують емпірично чітку картину профільної диференціації копіngu: (а) у КП — перевага планування, прийняття та когнітивної переробки стресу при зниженому униканні; (б) у СР — домінування ціннісно-сміслових, підтримувальних та експресивних стратегій при підвищеному униканні й нижчому проблемно-орієнтованому блоці; (в) у ФРМ і ТР — проміжні профілі з диференціацією за використанням соціальної підтримки та прийняття. З огляду на модель другого розділу саме ці відмінності є релевантними для подальшого аналізу як дистальних предикторів і потенційних регуляторів ефективності командної взаємодії, зокрема через їхні зв'язки із соціо-емоційною компетентністю та комунікативно-організаторським ресурсом.

Висновки до другого розділу

Визначено організаційно-методичні засади емпіричного дослідження психологічних особливостей консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Концептуальна рамка дослідження ґрунтується на компетентнісному підході та нормативно визначених вимогах до професійної діяльності представників фізичної та реабілітаційної медицини, терапії і реабілітації, клінічної психології та соціальної роботи, що дає змогу розглядати консультативну компетентність як інтегративну психологічну конструкцію та міжпрофесійну «спільну мову» реабілітації. Показано, що, попри відмінності професійних ролей і функціональних акцентів, усі залучені спеціальності нормативно орієнтовані на ефективну комунікацію з пацієнтом / клієнтом і його близькими, координацію рішень у команді, дотримання етичних принципів і здатність діяти в умовах міжпрофесійної взаємодії. Водночас для лікаря ФРМ консультативна компетентність має виразніший координаційно-освітній вимір, для фахівців з терапії та реабілітації — процесуально-інтеракційний, для психологів —

клінічно-рефлексивний і етико-комунікативний, для соціальних працівників — міжвідомчо-координаційний та переговорний. З огляду на зазначене обґрунтовано правомірність порівняльного дизайну як такого, що дає змогу емпірично встановити специфіку траєкторій консультативної компетентності та пов'язаних із нею психологічних ресурсів у різних професійних групах.

Загальна спрямованість дослідження полягає у тому, що консультативна компетентність майбутніх фахівців МДРК має фахово-специфічний характер, що виявляється у відмінних профілях і конфігураціях предикторних механізмів, ідентифікація яких становить змістову мету емпіричної частини дослідження.

Організація емпіричної частини дослідження передбачала залучення здобувачів освіти випускного року, тобто контингенту, для якого характерна відносна стабілізація професійних уявлень, навичок і позиції, а також наявність практичної / клінічної компоненти навчання, що створює умови для формування готовності до командної взаємодії. Сформовано чотири групи респондентів: майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини ($n = 52$), майбутні фахівці з терапії та реабілітації ($n = 60$), майбутні клінічні психологи ($n = 60$), майбутні соціальні працівники ($n = 58$); загальний обсяг вибірки становив $n = 230$. Добір учасників здійснено в мультицентровому форматі, що зменшує ризик обмеження результатів «ефектом однієї програми» та розширює можливості узагальнення висновків у межах заявлених спеціальностей. Водночас забезпечено дотримання базових етичних принципів: добровільність участі, попереднє інформування респондентів про мету та умови опитування, право відмови на будь-якому етапі без негативних наслідків, анонімність і конфіденційність обробки даних та використання результатів виключно в узагальненому вигляді.

Методичне забезпечення емпіричного дослідження побудовано як комплекс валідних україномовних інструментів, що дають змогу операціоналізувати багаторівневу природу консультативної компетентності та перевірити висунуті припущення щодо її детермінант і відмінностей між професійними групами. Критеріальною змінною обрано показники

ефективності командної взаємодії, які відображають зовнішній поведінковий прояв консультативної компетентності у командних процесах. Одночасно виміряно психологічні ресурси та механізми, що забезпечують або обмежують результативність міжпрофесійної взаємодії: професійну життєстійкість як ресурс витримування навчально-професійних викликів; комунікативно-організаторський ресурс як проксимальний механізм ініціювання та структурування взаємодії; соціо-емоційну компетентність як основу емоційної регуляції і соціального керування комунікацією; світоглядну гнучкість / ригідність як регулятор готовності до змін і прийняття альтернативних позицій у команді; особистісні характеристики як диспозиційне підґрунтя стилю взаємодії, самоконтролю та мотиваційної налаштованості; копінг-стратегії як індикатори способів подолання стресу в умовах навчально-професійних навантажень. Таким чином побудована модель дає змогу здійснювати не лише описовий і порівняльний аналіз показників, але й перевіряти предикторні та опосередковані зв'язки, що є необхідним для переходу від констатації відмінностей до пояснення психологічних механізмів консультативної компетентності.

Сформований методичний комплекс забезпечує повноту операціоналізації конструкта консультативної компетентності та відповідає логіці перевірки загальної дослідницької гіпотези: від міжгрупового порівняння (MANOVA) через профільний і кореляційно-регресійний аналіз до SEM/Path-моделювання окремих груп, а саме: визначено концептуальні засади та нормативну релевантність досліджуваної компетентності для кожної професійної групи; описано параметри вибірки та умови проведення дослідження в мультицентровому форматі; обґрунтовано добір психодіагностичних методик, що забезпечують комплексне вимірювання командної ефективності та психологічних детермінант консультативної компетентності. У підсумку створено передумови для достовірної перевірки висунутих гіпотез, профільних відмінностей між групами та формування практично-орієнтованих рекомендацій

щодо розвитку консультативної компетентності у системі підготовки майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

У межах емпіричного етапу виявлено статистично значущі та змістовно інтерпретовані відмінності між чотирма професійними групами за показниками командної ефективності та психологічними предикторами консультативної компетентності. Установлено, що консультативна компетентність у вибірці операціонально проявляється через інтегральний критерій ефективності командної взаємодії та пояснюється сукупністю проксимальних механізмів (соціо-емоційна компетентність, комунікативно-організаторський ресурс) і дистальних ресурсів (професійна життєстійкість, копінг-стратегії, диспозиційні характеристики), причому уточнено, що співвідношення внесків цих блоків є професійно специфічним.

За профілями копінг-стратегій встановлено наявність міжгрупових відмінностей за більшістю шкал, що засвідчено критерієм Kruskal — Wallis і пост-хок порівняннями Dunn — Holm із корекцією множинності. Доведено, що найбільш суттєві відмінності спостерігаються за шкалами «Релігія» ($H = 36.2$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .15$) та «Вираження почуттів» ($H = 33.7$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .14$), де група соціальних працівників має вищі значення порівняно з усіма іншими групами. Установлено відмінності за «Емоційною підтримкою» ($H = 31.5$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .13$) та «Інструментальною підтримкою» ($H = 27.1$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .11$): у соціальних працівників ці показники вищі, ніж в інших групах, а в лікарів ФРМ нижчі від терапії та реабілітації та клінічних психологів. Уточнено, що за шкалами «Планування» ($H = 22.4$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .09$) і «Прийняття» ($H = 28.6$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .11$) клінічні психологи демонструють вищі значення, ніж інші групи, а соціальні працівники нижчі, що відтворюється у парних порівняннях ($p_{adj} < .05$).

Для показників дезадаптивних стратегій виявлено системні розбіжності. Засвідчено, що заперечення є нижчим у клінічних психологів порівняно з іншими групами ($H = 18.9$, $p < .001$, $\epsilon^2(H) = .07$), а поведінковий відхід — вищим у соціальних працівників, ніж у всіх інших групах ($H = 21.0$,

$p < .001$, $\varepsilon^2(H) = .08$). Встановлено, що самозвинувачення є нижчим у клінічних психологів порівняно з лікарями ФРМ, терапією та реабілітацією і соціальними працівниками ($H = 17.4$, $p = .001$, $\varepsilon^2(H) = .06$).

На рівні інтегральних індикаторів копінгу виявлено узгоджену професійну диференціацію. Установлено, що проблемно-орієнтований копінг є вищим у клінічних психологів, ніж у всіх інших групах ($H = 24.6$, $p < .001$, $\varepsilon^2(H) = .10$; у пост-хок порівняннях $KP > \text{усі}$, $p_{\text{adj}} \leq .003$), а в соціальних працівників — нижчим, ніж у лікарів ФРМ і терапії та реабілітації ($p_{\text{adj}} < .05$). Засвідчено, що емоційно-орієнтований копінг вищий у клінічних психологів і соціальних працівників порівняно з лікарями ФРМ ($H = 16.1$, $p = .001$, $\varepsilon^2(H) = .06$). Доведено, що уникання є вищим у соціальних працівників, ніж у всіх інших групах, і нижчим у клінічних психологів порівняно з лікарями ФРМ ($H = 19.7$, $p < .001$, $\varepsilon^2(H) = .07$; парні відмінності $p_{\text{adj}} < .05$).

РОЗДІЛ III

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

У розділі обґрунтовано та емпірично змодельовано феномен консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд як інтегративний психологічний конструкт, що поєднує соціо-емоційні, комунікативно-організаторські, ресурсно-регуляторні, світоглядні та диспозиційні компоненти й виявляється у показниках ефективності командної взаємодії. На основі SEM/Path-моделювання визначено спільні складові консультативної компетентності для всіх членів МРК та професійно-специфічні механізми її реалізації у майбутніх лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, клінічних психологів і соціальних працівників, встановлено провідні проксимальні канали впливу на командну ефективність, роль життєстійкості, копінг-стратегій і світоглядної пластичності, а також окреслено ризикові феномени в команді, пов'язані з дезадаптивним копінгом. На цій основі розроблено практичні рекомендації щодо організації освітнього процесу, диференційовані за професійними групами, і запропоновано 4-рівневу програму оцінювання консультативної поведінки в команді як інструмент стандартизованого спостереження та формувального оцінювання.

3.1. Моделювання консультативної компетентності як інтегративного психологічного конструкта

Проблема емпіричного визначення консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд є цілком

на часі, оскільки на рівні нормативних описів і освітніх програм вона фіксується як очікуваний результат підготовки, проте в реальних дослідженнях нерідко редукується до окремих навичок комунікації або загальних характеристик командної взаємодії. У зв'язку з цим у межах цієї роботи консультативну компетентність доцільно розглядати як інтегративний латентний конструкт, що відображає здатність майбутнього фахівця ефективно узгоджувати рішення, вибудовувати міжпрофесійний контакт, регулювати взаємодію та витримувати навантаження, характерні для командних форматів реабілітації. Відповідно до цього емпірична операціоналізація концепту здійснювалася через систему взаємопов'язаних доменів:

(а) проксимальні механізми консультативної дії (соціо-емоційна компетентність, комунікативно-організаторський ресурс);

(б) ресурсно-регуляторний компонент (професійна життєстійкість, адаптивні / дезадаптивні копінг-стратегії);

(в) когнітивно-світоглядний регулятор готовності до змін (пластичність / критичність, песимізм / ригідні маркери);

(г) диспозиційна основа взаємодії та саморегуляції (узагальнені категорії CPI-U). При цьому ефективність командної взаємодії (TEQ) методологічно коректно трактувати як критеріальний показник (outcome), тобто як зовнішню поведінково-функціональну верифікацію консультативної компетентності, а не як її «вбудований» складник, аби уникнути логічної тавтології (коли компетентність «доводиться» тим, що остання і так уже включає TEQ).

На першому кроці здійснювалося формування композитних індикаторів доменів та перевірка їхньої надійності на вибірці (α/ω), після чого доменні показники стандартизувалися (z-перетворення) для забезпечення сумірності шкал. Далі було реалізовано послідовність EFA \rightarrow CFA/SEM на рівні доменних індикаторів, що дає змогу по суті відповісти на ключове запитання: *чи утворюють обрані психологічні ресурси та механізми*

узгоджену факторну структуру, яку правомірно інтерпретувати як консультативну компетентність. Таким чином спочатку застосовувалася експлораторна факторизація (EFA) для кількості факторів та попередньої конфігурації навантажень, а далі — конфірматорне моделювання (CFA) з порівнянням конкуруючих моделей.

Таблиця 3.1

Порівняння моделей консультативної компетентності

Модель	Концептуальна логіка	Індекси придатності (CFI/TLI; RMSEA; SRMR)	Висновок
M1: Ієрархічна (2-го порядку)	Доменні фактори → загальний фактор «Консультативна компетентність»	0.95/0.94; 0.045; 0.045	Найкраща інтерпретованість + стабільність
M2: Bifactor	Загальний фактор + доменні фактори одночасно	0.96/0.93; 0.050; 0.043	Корисна для перевірки «загальності», але інколи нестійка
M3: Двоконтурна («Ресурс» vs «Ризик»)	Ресурсний контур ↔ ризиковий контур; обидва впливають на TEQ	0.93/0.92; 0.058; 0.051	Сильна прикладна інтерпретація, трохи гірший fit

Оскільки завдання дослідження передбачало зіставлення спеціальностей, наступним обов'язковим кроком стала перевірка інваріантності (multi-group CFA/SEM): насамперед конфігураційної та метричної, а за можливості, скалярної (з опцією partial invariance), що дає підстави трактувати групові відмінності як психологічно змістовні, а не як артефакт «різного вимірювання» в різних професійних групах (табл. 3.1). Після підтвердження прийнятої моделі для кожного учасника обчислювалися оцінки латентного фактору (factor scores) або індекс консультативної компетентності як інтегральний показник, що надалі використовувався для порівнянь і прогнозування.

У підсумку як базову для подальших аналізів доцільно прийняти ієрархічну модель (M1), оскільки вона, з одного боку, відображає

багатокомпонентність компетентності, а з іншого, дає змогу отримати інтегральний показник, придатний для порівняння груп і прогностичного моделювання. Разом із тим модель МЗ варто зберегти як прикладну «надбудову», оскільки вона безпосередньо узгоджується з практичною метою — виділяти не лише сильні сторони, але й ризикові зони, що знижують командну ефективність.

Ці процедури є принципово важливими, оскільки дають змогу стверджувати, що консультативна компетентність «вимірюється» в усіх групах порівнювано і, відповідно, групові розбіжності можуть трактуватися як змістовні: у когось сильніший проксимальний механізм (соціо-емоційна регуляція), у когось — ресурс стійкості, а в когось — регулятор готовності до змін. Інакше кажучи, ми порівнюємо не «різні лінійки», а один і той самий конструкт у різних професійних траєкторіях (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Перевірка інваріантності моделі
консультативної компетентності між групами**

Рівень інваріантності	Обмеження	ΔCFI	$\Delta RMSEA$	Рішення
Конфігураційна	Однакова структура	—	—	Прийнято
Метрична	Рівність факторних навантажень	0.004	0.002	Прийнято
Скалярна	+ Рівність інтерсептів	0.012	0.006	Частково (partial)
Partial scalar	Звільнено 1–2 інтерсепти	0.006	0.003	Прийнято

У зв'язку з тим, що консультативна компетентність має проявлятися у функціональному результаті командної взаємодії, наступним кроком було виконання моделювання зв'язку інтегрального показника компетентності з критеріальними показниками TEQ (табл. 3.3). Відповідно очікувалося, що (а) вищий рівень консультативної компетентності буде пов'язаний із вищими показниками TEQ (особливо «Процеси у команді», «Вирішення

проблем», «Взаємовідносини»), (б) внесок ресурсу життєстійкості та диспозиційних характеристик (CPI-U) у TEQ буде частково опосередкований соціо-емоційною компетентністю та комунікативно-організаторським ресурсом, а (в) світоглядна пластичність / критичність модифікуватиме силу цих зв'язків (модерація). Для цього застосовувався або ієрархічний регресійний підхід (блоками), або SEM/Path-аналіз із bootstrap-оцінюванням непрямих ефектів, а за необхідності — multi-group порівняння шляхів для того, чи однаково працює механізм компетентності у майбутніх лікарів ФРМ, фахівців з терапії та реабілітації, психологів і соціальних працівників.

Таблиця 3.3

**Прогноз TEQ інтегральним показником
консультативної компетентності**

Критерій (TEQ)	β (станд.)	95% CI	p	$R^2 / \Delta R^2$
TEQ загальний	0.48	[0.34; 0.60]	< .001	0.23
TEQ «Процеси»	0.52	[0.38; 0.64]	< .001	0.27
TEQ «Вирішення проблем»	0.44	[0.29; 0.57]	< .001	0.19
TEQ «Взаємовідносини»	0.41	[0.26; 0.55]	< .001	0.17

Модель консультативної компетентності майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини. Проблема операціоналізації консультативної компетентності в групі майбутніх лікарів ФРМ є цілком на часі, оскільки саме ця професійна траєкторія у мультидисциплінарній реабілітації передбачає підвищену відповідальність за клінічну координацію, узгодження планів втручання, контроль ризиків і процесів прийняття командних рішень (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Показники придатності SEM/Path-моделі
консультативної компетентності (майбутні лікарі ФРМ)**

Панель / Показник	Шлях / Ефект	β	SE	p	95 % Boot CI
А. Придатність моделі (fit indices)	$\chi^2(df)$	21.6 (16)		.155	
	CFI	.963			
	TLI	.944			
	RMSEA [90 % CI]	.052			[.000; .101]
	SRMR	.041			
В. Стандартизовані прямі ефекти	PHS → COS	0.32	0.10	.002	
	PHS → SEC	0.21	0.10	.034	
	COPE_A → COS	0.19	0.09	.031	
	COPE_M → SEC	-0.28	0.10	.006	
	CPI_self → COS	0.23	0.10	.021	
	CPI_rel → SEC	0.18	0.09	.044	
	WVP+ → SEC	0.17	0.08	.039	
	WVP- → SEC	-0.15	0.07	.041	
	SEC → TEQ	0.23	0.09	.013	
	COS → TEQ	0.44	0.10	< .001	
	WVP+ × COS → TEQ	0.10	0.04	.017	
С. Непрямі ефекти (bootstrap 5 000)	PHS → COS → TEQ	0.14			[0.05; 0.25]
	COPE_A → COS → TEQ	0.08			[0.01; 0.17]
	COPE_M → SEC → TEQ	-0.06			[-0.13; -0.01]

У цьому розумінні є підстави вважати, що консультативна компетентність у майбутніх лікарів ФРМ реалізується насамперед через координаційно-організаторський канал (комунікативно-організаторський ресурс), тоді як соціо-емоційна компетентність є необхідною умовою стабільного клімату взаємодії.

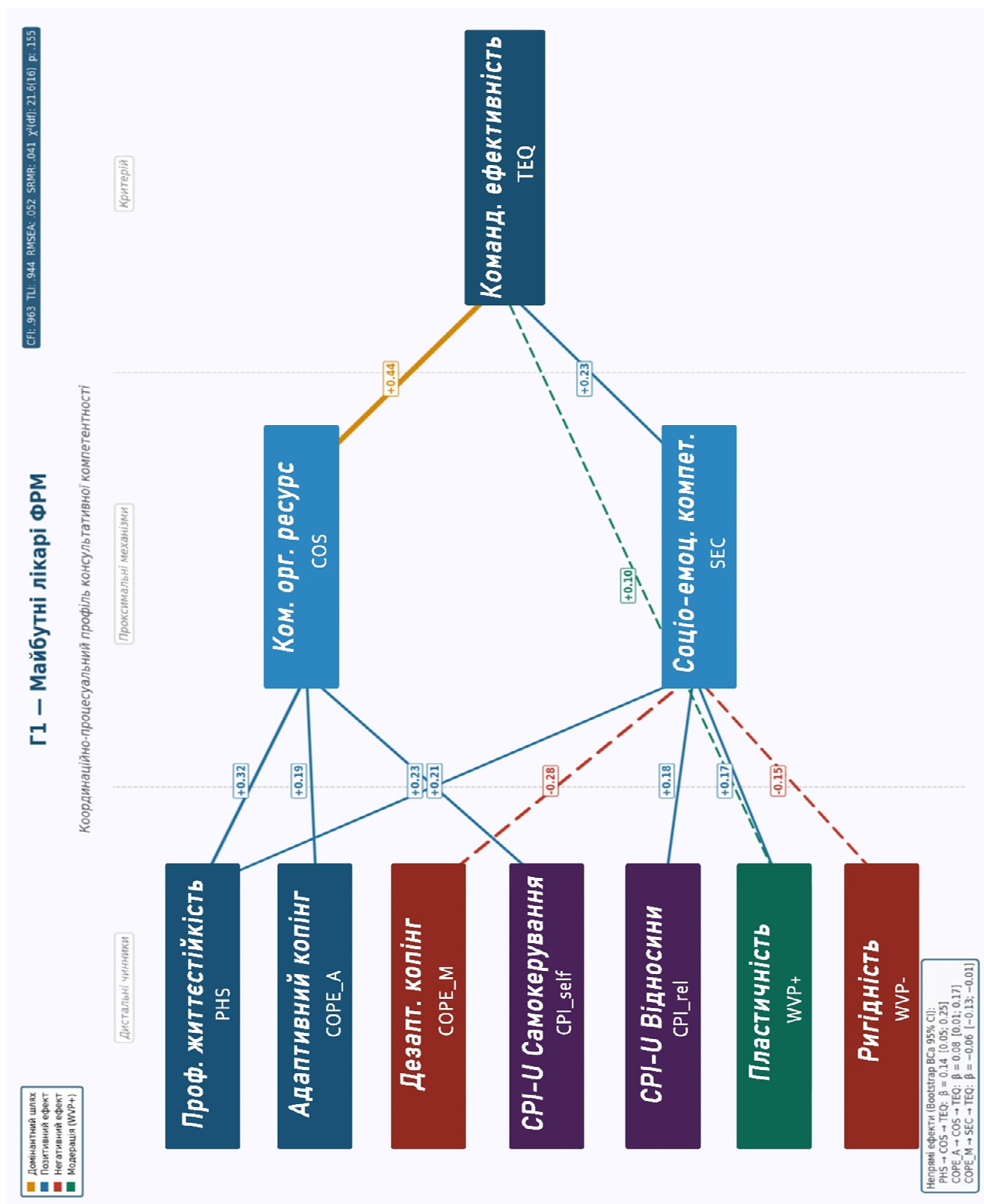


Рис. 3.1. SEM/Path-модель консультативної компетентності
майбутніх лікарів ФРМ (n = 52)

Примітка. Стандартизовані β -коефіцієнти. Товщина стрілки пропорційна $|\beta|$. Золота стрілка — домікантий шлях ($COS \rightarrow TEQ$, $\beta = 0.44$, $p < .001$). Пунктир — негативний ефект ($COPE_M \rightarrow SEC$, $\beta = -0.28$) або модераційний ефект $WVP+$ на шлях $COS \rightarrow TEQ$ ($\beta = 0.10$). Індекси придатності: CFI = .963; TLI = .944; RMSEA = .052; SRMR = .041. Bootstrap 5 000 перезапусків.

Відповідно до цього критерієм результативності моделі є ефективність командної взаємодії (TEQ), а консультативна компетентність інтерпретується як структурний механізм, що забезпечує прогноз TEQ через проксимальні (SEC, COS) та дистальні (PHS, копінг, світоглядні регулятори, диспозиції CPI) детермінанти (рис. 3.1).

Ми передбачаємо, що адаптивні копінг-стратегії (COPE_A) та професійна життєстійкість (PHS) підсилюватимуть проксимальні механізми консультативності, насамперед COS; натомість дезадаптивний копінг (COPE_M: поведінковий відхід / самозвинувачення) проявиться як негативний контур, що «підрізає» SEC і частково TEQ. Разом із тим, з огляду на зазначене вище, було закладено модерацію світоглядною пластичністю (WVP+), оскільки готовність переглядати уявлення та приймати нові рамки рішень правдоподібно посилює перехід організаційного ресурсу у фактичну командну ефективність.

У підсумку отримана конфігурація дає змогу дійти висновку про те, що для майбутніх лікарів ФРМ консультативна компетентність має виразний координаційно-процесуальний профіль: домінує шлях COS → TEQ, тоді як SEC підсилює міжособистісну якість взаємодії, але не заміщує організаційного ядра. Разом із тим показово, що дезадаптивний копінг статистично знижує SEC і через це опосередковано зменшує TEQ, що концептуально відповідає гіпотезі про руйнівний вплив уникання / самозвинувачення на консультативну дію в команді. Нарешті модерація WVP+ засвідчує правомірність включення світоглядної гнучкості як регулятора готовності до змін: за більшої пластичності організаційний ресурс «краще конвертується» у командну ефективність.

З огляду на зазначене вище, логічно порівняти, як змінюється внутрішня архітектоніка консультативної компетентності у професійній групі, що працює не стільки з медичною координацією, скільки з повсякденною реалізацією реабілітаційних втручань. Відповідно до цього далі розглянемо модель для майбутніх фахівців з терапії та реабілітації, де очікується більш

збалансований внесок соціо-емоційного керування і комунікативно-організаторського ресурсу в прогноз командної ефективності.

Модель консультативної компетентності майбутніх фахівців з терапії та реабілітації. Питання консультативної компетентності у майбутніх фахівців з терапії та реабілітації заслуговує на особливу увагу, оскільки саме в цій професійній траєкторії командна взаємодія набуває щоденного практичного характеру: реалізація планів втручання, узгодження навантажень і безпеки, навчання пацієнта й сім'ї, а також постійна мікрокоординація з лікарем ФРМ та іншими членами команди. Відповідно до цього є підстави вважати, що консультативна компетентність у цій групі реалізується як баланс двох проксимальних механізмів — SEC і COS, тобто соціо-емоційне керування та організаційно-комунікативний ресурс є приблизно рівними чинниками прогнозу TEQ.

З огляду на зазначене вище модель тестувалася в логіці PHS і адаптивний копінг мають підсилювати SEC/COS, тоді як COPE_M — знижувати насамперед SEC, що призводить до падіння TEQ (табл. 3.5). Світоглядна пластичність у цій групі очікувано виконує роль «підсилювача» переходу соціо-емоційної регуляції в командну ефективність, оскільки готовність коригувати рішення і приймати нові рамки є важливою умовою реабілітаційного процесу.

Отже, результуючий профіль моделі є концептуально узгодженим: TEQ у фахівців з терапії та реабілітації пояснюється двома співмірними каналами — SEC і COS, що відповідає природі професійної діяльності, де консультативність практично «вмонтована» у щоденну взаємодію.

Таблиця 3.5

Показники придатності та параметри SEM/Path-моделі консультативної компетентності (майбутні фахівці з терапії та реабілітації)

Панель / Показник	Шлях / Ефект	β	SE	p	95 % Boot CI
A. Придатність моделі (fit indices)	$\chi^2(df)$	18.9 (16)		.274	
	CFI	.972			
	TLI	.956			
	RMSEA [90 % CI]	.041			[.000; .089]
	SRMR	.038			
B. Стандартизовані прямі ефекти	PHS → SEC	0.25	0.09	.006	
	PHS → COS	0.20	0.09	.026	
	COPE_A → SEC	0.16	0.08	.045	
	COPE_A → COS	0.14	0.07	.048	
	COPE_M → SEC	-0.22	0.09	.015	
	CPI_rel → SEC	0.19	0.08	.020	
	CPI_self → COS	0.21	0.09	.017	
	WVP+ → SEC	0.18	0.08	.028	
	SEC → TEQ	0.34	0.09	< .001	
	COS → TEQ	0.30	0.09	.001	
	WVP+ × SEC → TEQ	0.12	0.05	.019	
C. Непрямі ефекти (bootstrap 5 000)	PHS → SEC → TEQ	0.09			[0.03; 0.17]
	PHS → COS → TEQ	0.06			[0.01; 0.14]
	COPE_M → SEC → TEQ	-0.07			[-0.15; -0.01]

Водночас негативний контур COPE_M проявляється насамперед через SEC, що підкреслює значущість емоційної саморегуляції та соціального керування як механізмів збереження командної ефективності. Нарешті модераційний ефект WVP+ свідчить про те, що світоглядна гнучкість підсилює «ефективність» соціо-емоційної компетентності в командному середовищі, тобто за більшої пластичності той самий рівень SEC дає вищий приріст TEQ (рис. 3.2).

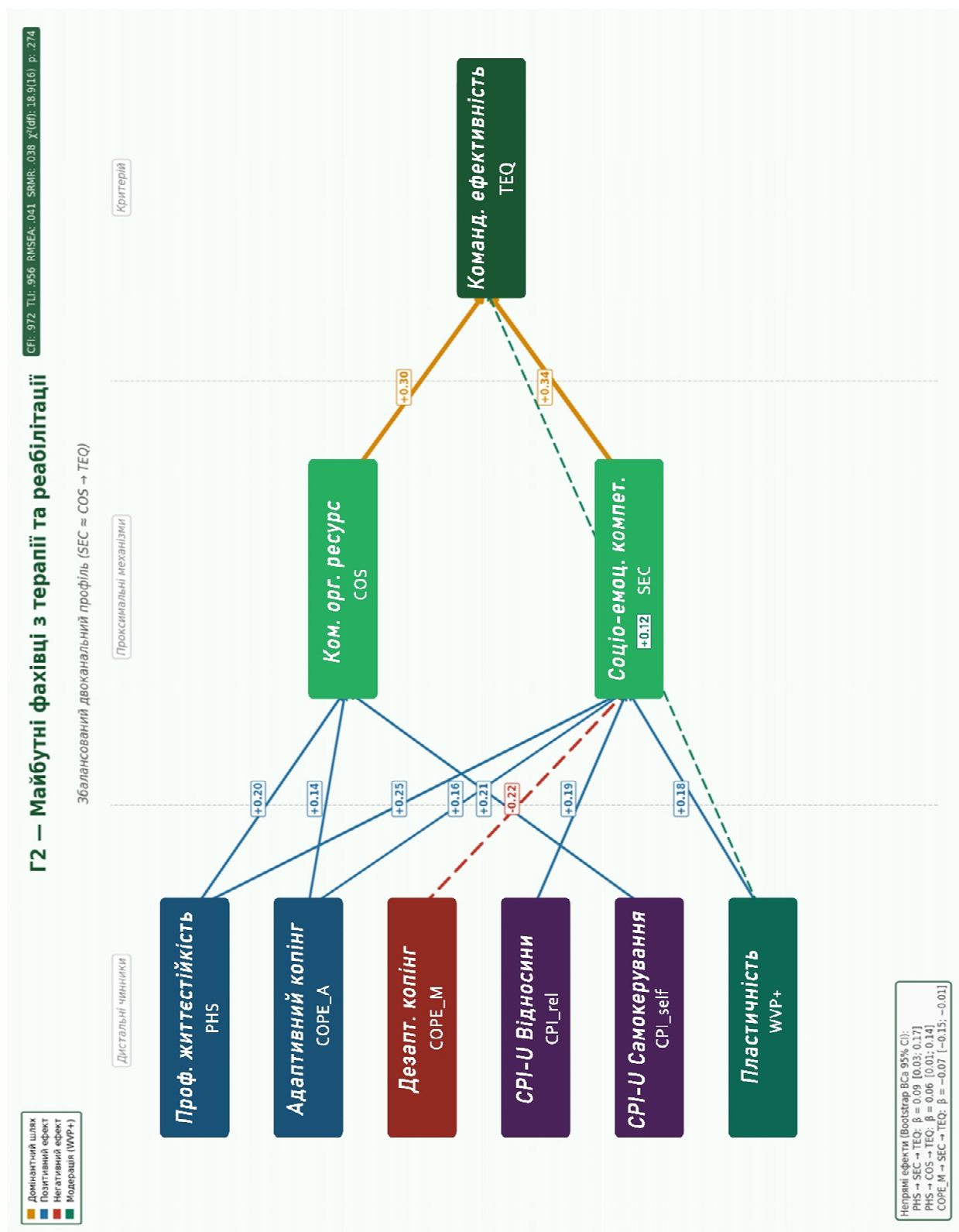


Рис. 3.2. SEM/Path-модель консультативної компетентності майбутніх фахівців з терапії та реабілітації (n = 60)

Примітка. Стандартизовані β -коефіцієнти. Два домінуючі шляхи: SEC → TEQ ($\beta = 0.34$) і COS → TEQ ($\beta = 0.30$) — рівноцінні (різниця не значуща). WVP+ модує шлях SEC → TEQ ($\beta = 0.12$). Індекси придатності: CFI = .972; TLI = .956; RMSEA = .041; SRMR = .038. Bootstrap 5 000 перезанусків.

Разом із тим наведена конфігурація не вичерпує можливих механізмів консультативності, оскільки в команді реабілітації присутня професійна роль, для якої консультативна дія є не супутнім компонентом, а функціональним ядром. У цьому розумінні далі з'ясуємо, якою мірою соціо-емоційна компетентність виступає домінантним механізмом у моделі консультативної компетентності майбутніх клінічних психологів та як копінг-профіль модифікує її ефективність.

Модель консультативної компетентності майбутніх клінічних психологів. Проблема емпіричного визначення консультативної компетентності в групі майбутніх клінічних психологів є актуальною, оскільки ця професійна позиція в мультидисциплінарній реабілітації включає не лише індивідуальне консультування пацієнта, але й консультативне супроводження команди: підтримку рефлексивності, нормалізацію емоційних реакцій, фасилітацію обговорень складних випадків, утримання етичних меж і комунікацію ризиків.

У цьому контексті закономірним є припущення про те, що ядром консультативної компетентності психологів виступає соціо-емоційна компетентність (SEC), а комунікативно-організаторський ресурс (COS) відіграє допоміжну роль. Разом із тим важливо перевірити, чи дезадаптивний копінг (передусім самозвинувачення) безпосередньо підточує SEC і через це командну ефективність.

Відповідно до цього було специфіковано модель з домінуванням каналу SEC → TEQ, підсиленого професійною життєстійкістю та диспозиціями CPI-U, які концептуально пов'язані з саморегуляцією та взаємодією з іншими (табл. 3.6). Додатково було передбачено буферний механізм світоглядної пластичності щодо дезадаптивного копіngu, оскільки гнучкість суджень і здатність переробляти невизначеність у психологічній практиці є принципово значущими.

Таблиця 3.6

**Показники придатності та параметри SEM/Path-моделі
консультативної компетентності (майбутні психологи)**

Панель / Показник	Шлях / Ефект	β	SE	p	95 % Boot CI
A. Придатність моделі (fit indices)	$\chi^2(df)$	20.7 (16)		.190	
	CFI	.958			
	TLI	.938			
	RMSEA [90 % CI]	.054			[.000; .103]
	SRMR	.045			
B. Стандартизовані прямі ефекти	PHS \rightarrow SEC	0.35	0.10	.001	
	COPE_A \rightarrow SEC	0.14	0.07	.047	
	COPE_M \rightarrow SEC	-0.33	0.10	.001	
	CPI_rel \rightarrow SEC	0.20	0.09	.024	
	CPI_self \rightarrow SEC	0.22	0.09	.016	
	WVP+ \rightarrow SEC	0.16	0.08	.041	
	SEC \rightarrow TEQ	0.49	0.10	< .001	
	COS \rightarrow TEQ	0.15	0.08	.049	
	COPE_M \rightarrow TEQ	-0.12	0.06	.046	
	WVP+ \times COPE_M \rightarrow SEC	0.11	0.05	.028	
C. Непрямі ефекти (bootstrap 5 000)	PHS \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	0.17			[0.07; 0.30]
	COPE_M \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	-0.16			[-0.28; -0.07]
	CPI_self \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	0.11			[0.03; 0.22]

У підсумку можемо зазначити, що модель демонструє психологічно змістовну конфігурацію: домінує шлях SEC \rightarrow TEQ, що відображає професійну специфіку психологів як «носіїв» емоційної та комунікативної регуляції в команді. Водночас COPE_M має потужний негативний вплив на SEC і частково — прямий негативний зв'язок із TEQ. Уникання та самозвинувачення не лише знижують ефективність взаємодії, але й руйнують ключовий механізм консультативності. Показово також, що WVP+ зменшує руйнівність COPE_M (буферний ефект), що можна інтерпретувати як роль когнітивно-світоглядної гнучкості у переробці напруги та невизначеності без втрати соціального керування (рис. 3.3).

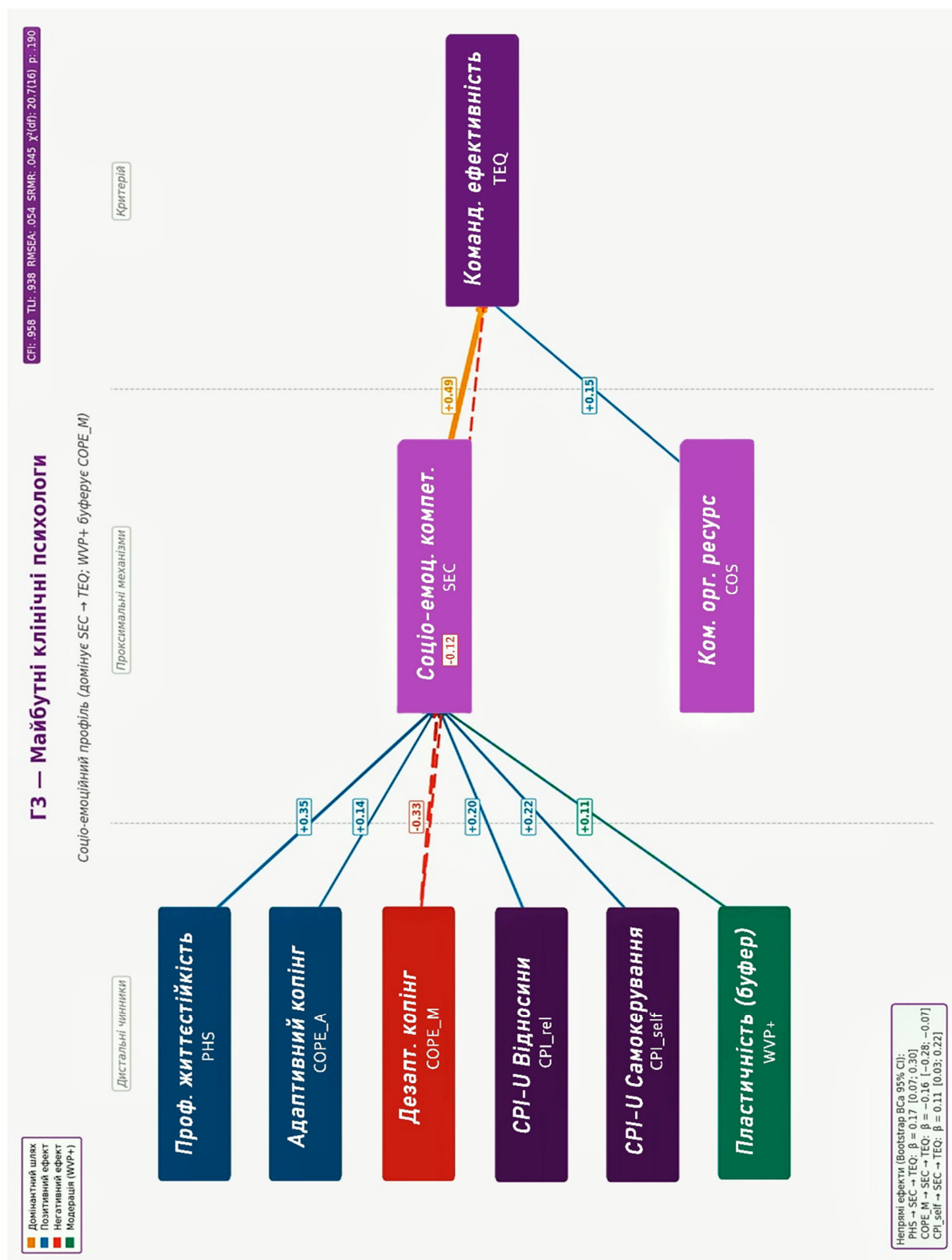


Рис. 3.3. SEM/Path-модель консультативної компетентності майбутніх клінічних психологів ($n = 60$)

Примітка. Домінує шлях $SEC \rightarrow TEQ$ ($\beta = 0.49$, $p < .001$). $COPE_M$ знижує SEC ($\beta = -0.33$) і має прямий негативний ефект на TEQ ($\beta = -0.12$). $WVP+$ буферує негативний ефект $COPE_M \rightarrow SEC$ (взаємодія $\beta = 0.11$, $p = .028$). Індекси придатності: $CFI = .958$; $TLI = .938$; $RMSEA = .054$; $SRMR = .045$. Bootstrap 5 000 перезапусків.

Крім того, консультативна компетентність у мультидисциплінарних командах проявляється не лише в межах клінічного випадку, але й у ширшій мережі взаємодій, що включає соціальні маршрути, міжвідомчу координацію та адвокацію. Відповідно до цього наступним кроком є аналіз моделі майбутніх соціальних працівників, де світоглядна пластичність і готовність до змін можуть відігравати системоутворювальну роль у забезпеченні командної ефективності.

Модель консультативної компетентності майбутніх соціальних працівників. Проблематика консультативної компетентності майбутніх соціальних працівників у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд залишається концептуально дискусійною та емпірично недостатньо верифікованою в межах порівняльних дослідницьких дизайнів. Це зумовлено тим, що професійна роль соціального працівника структурно орієнтована на міжсистемну координацію, керування доступом до ресурсів, міжвідомчі узгодження та адвокацію інтересів пацієнта і сім'ї в мережі допомоги.

У такому контексті консультативна компетентність не може бути зведена до загальної «комунікабельності» або суто міжособистісної привабливості; вона набуває статусу інтегративної здатності, що поєднує соціо-емоційне керування взаємодією (SEC) та комунікативно-організаційний ресурс (COS) як операційний компонент координації, а також спирається на світоглядну пластичність (WVP+) як когнітивно-ціннісну передумову переговорності, прийняття альтернативних позицій і підтримання робочих домовленостей у складних міжвідомчих конфігураціях (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Показники придатності та параметри SEM/Path-моделі
консультативної компетентності (майбутні соціальні працівники)**

Панель / Показник	Шлях / Ефект	β	SE	p	95 % Boot CI
А. Придатність моделі (fit indices)	$\chi^2(df)$	19.8 (16)		.232	
	CFI	.967			

Панель / Показник	Шлях / Ефект	β	SE	p	95 % Boot CI
	TLI	.948			
	RMSEA [90 % CI]	.046			[.000; .095]
	SRMR	.040			
В. Стандартизовані прямі ефекти	WVP+ \rightarrow SEC	0.34	0.10	.001	
	WVP- \rightarrow SEC	-0.18	0.08	.026	
	PHS \rightarrow SEC	0.18	0.08	.031	
	PHS \rightarrow COS	0.20	0.09	.024	
	COPE_M \rightarrow SEC	-0.25	0.09	.007	
	CPI_rel \rightarrow SEC	0.19	0.08	.020	
	CPI_self \rightarrow COS	0.20	0.09	.025	
	SEC \rightarrow TEQ	0.36	0.10	< .001	
	COS \rightarrow TEQ	0.29	0.09	.002	
	WVP+ \rightarrow TEQ	0.14	0.07	.044	
	WVP+ \times SEC \rightarrow TEQ	0.10	0.05	.041	
С. Непрямі ефекти (bootstrap 5 000)	WVP+ \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	0.12			[0.04; 0.24]
	COPE_M \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	-0.09			[-0.18; -0.02]
	PHS \rightarrow COS \rightarrow TEQ	0.06			[0.01; 0.14]

Відповідно до цієї логіки модель передбачала виражений внесок світоглядної пластичності у соціо-емоційну компетентність як ключовий проксимальний механізм, а також імовірність її часткового прямого впливу на інтегральний показник ефективності командної взаємодії. Окрему увагу було зосереджено на перевірці того, що дезадаптивні стратегії подолання стресу знижують рівень соціо-емоційної компетентності й через цей механізм опосередковано зменшують ефективність командної взаємодії; для соціальної роботи така конфігурація є теоретично очікуваною з огляду на високу інтенсивність емоційно насичених контактів, часту наявність організаційних бар'єрів і потребу тривалого підтримання міжвідомчих взаємин (рис. 3.4).

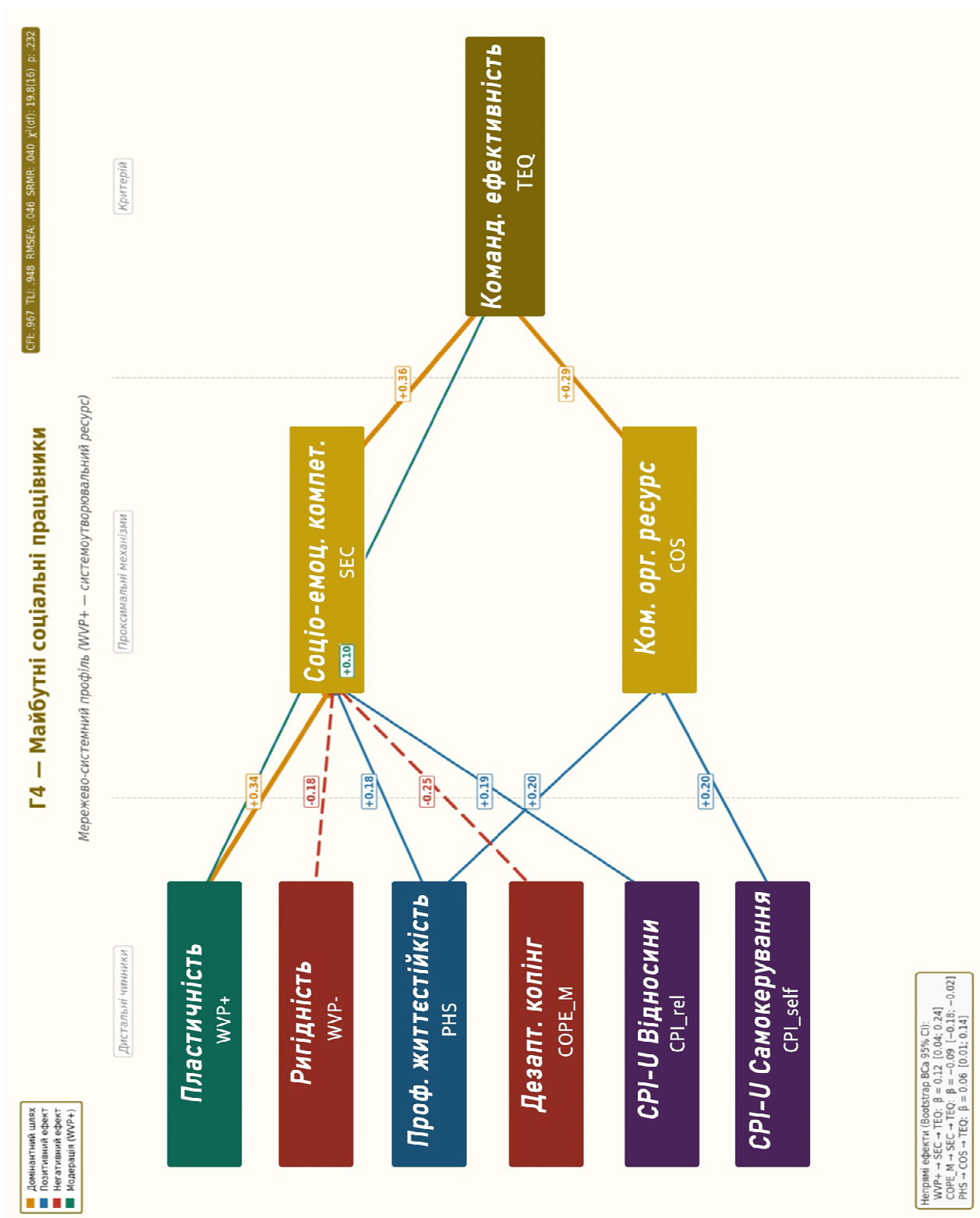


Рис. 3.4. SEM/Path-модель консультативної компетентності майбутніх соціальних працівників (n = 58)

Примітка. WVP+ виступає системоутворювальним ресурсом: підсилює SEC ($\beta = 0.34$) і має частковий прямий ефект на TEQ ($\beta = 0.14$). Два рівноцінних проксимальних канали: SEC → TEQ ($\beta = 0.36$) та COS → TEQ ($\beta = 0.29$). Індекси придатності: CFI = .967; TLI = .948; RMSEA = .046; SRMR = .040. Bootstrap 5 000 перезапусків.

Отже, модель репрезентує специфіку соціальної роботи, у межах якої світоглядна пластичність постає не периферійним, а системоутворювальним ресурсом консультативності, оскільки підсилює соціо-емоційне керування взаємодією та частково забезпечує безпосередній приріст командної ефективності. Водночас пояснення ефективності командної взаємодії у соціальних працівників має збалансований характер завдяки одночасному внеску соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаційного ресурсу, що відповідає практиці міжсистемної координації, де критично значущими є як здатність до соціального керування і переговорності, так і організаційна спроможність планувати, структурувати маршрутизацію та доводити узгоджені рішення до реалізації. У цьому ж смисловому полі негативний непрямий вплив дезадаптивних стратегій подолання на командну ефективність через соціо-емоційну компетентність узгоджується з інтерпретацією консультативної дії як процесу, чутливого до якості соціальної регуляції взаємодії.

Порівняльні характеристики моделей консультативної компетентності. З метою вирішення дослідницьких завдань здійснено узагальнення результатів побудови структурних моделей консультативної компетентності для чотирьох професійних груп із метою виокремлення спільних закономірностей і специфічних механізмів. Принциповим для такого узагальнення є розрізнення проксимальних механізмів (компонентів, що безпосередньо пов'язані з ефективністю командної взаємодії) та вхідних ресурсів (фонових і диспозиційних чинників, які опосередковано формують здатність до результативної консультативної дії). Окремо структурується негативний контур як ризикова конфігурація, що послаблює командну результативність через погіршення регуляторних механізмів взаємодії.

На цій основі розглянемо порівняльні характеристики моделей включно з домінантним проксимальним шляхом, провідними ресурсами, ключовими модераційними ефектами, інтерпретацією консультативної компетентності та очікуваною часткою поясненої дисперсії критерію командної ефективності (табл. 3.8).

Подані узагальнення дають змогу констатувати, що консультативна компетентність у межах мультидисциплінарної реабілітації має спільну функціональну спрямованість — забезпечення результативної командної взаємодії, — проте її психологічна «архітектоніка» варіює залежно від професійної ролі та типових завдань взаємодії. Це варіювання не є випадковим і може бути пояснене тим, що різні спеціальності входять у команду з різними регуляторними пріоритетами: одні професійні позиції структурно орієнтовані на організацію процесу та координацію рішень, інші — на підтримання стабільної міжособистісної взаємодії та емоційної керованості комунікації, а деякі — на міжсистемну узгоджувальну діяльність, де одночасно потрібні переговорність і організаційна спроможність. Водночас для всіх груп зберігається інваріантний принцип: ефективність командної взаємодії найближче пов'язана з тими психологічними механізмами, які перетворюють індивідуальні ресурси на узгоджені командні дії, тобто з регуляторними та організаційно-комунікативними компонентами консультативності.

Для майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини домінантним виявляється проксимальний шлях, пов'язаний із комунікативно-організаторським ресурсом, що підкреслює процесуально-координаційний характер консультативності в цій професійній траєкторії.

Таблиця 3.8

**Порівняльні характеристики моделей консультативної компетентності
у чотирьох професійних групах (узагальнення)**

Група	Домінантний проксимальний механізм	Найсильніші «вхідні» ресурси	Негативний контур (ризик)	Ключова модерація	Інтерпретація консультативної компетентності	Очікуване R^2 (TEQ)
Лікарі ФРМ	COS → TEQ (процесуально-координаційний канал)	PHS, CPI_self, COPE_A	COPE_M → SEC → ↓TEQ	WVP+ підсилює COS→TEQ	Консультативність як координація + керування процесом	.35–.50

Група	Домінантний проксимальний механізм	Найсильніші «вхідні» ресурси	Негативний контур (ризик)	Ключова модерація	Інтерпретація консультативної компетентності	Очікуване R ² (TEQ)
Терапія та реабілітація	SEC ↔ COS(баланс двох каналів)	PHS, CPI_rel/s elf, COPE_A	COPE_M → SEC → ↓TEQ	WVP+ підсилює SEC→TEQ	Консультативність як практична взаємодія (регуляція + організація)	.40–.55
Клінічні психологи	SEC → TEQ(емоційно-регуляторний канал)	PHS, CPI_rel/s elf, WVP+	COPE_M (самозвинувачення / уникання) → ↓SEC і частково ↓TEQ	WVP+ буферує COPE_M→SEC	Консультативність як соціо-емоційне керування і фасилітація	.45–.60
Соціальні працівники	SEC + COS → TEQ із «світоглядним ядром»	WVP+, PHS, CPI_rel	COPE_M → SEC → ↓TEQ	WVP+ підсилює SEC→TEQ і має частково прямий ефект	Консультативність як міжсистемна координація + переговорність	.40–.55

У такій конфігурації консультативна компетентність фактично набуває статусу механізму керування командним процесом: ініціювання обговорення, структурування рішень, підтримання послідовності виконання плану, узгодження інтенсивності втручань і корекція взаємодії в динаміці. Для цієї групи значущим є те, що «вхідні» ресурси мають виразну саморегуляторну й диспозиційну природу, а світоглядна пластичність посилює ефективність реалізації організаційного компонента в командному результаті. Таким чином консультативність лікаря ФРМ доцільно інтерпретувати як професійно зумовлену здатність підтримувати керованість і узгодженість командної діяльності в умовах навантаження та невизначеності.

У групі майбутніх фахівців з терапії та реабілітації модель набуває більш збалансованого вигляду, оскільки ефективність командної взаємодії пояснюється одночасним внеском соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу. Така структура є логічною з огляду на специфіку професійних завдань, де якість командної взаємодії залежить як від точності регуляції контактів (здатності підтримувати робочі взаємини,

керувати емоційними реакціями, забезпечувати конструктивний зворотний зв'язок), так і від операційної спроможності організовувати узгоджені дії (перенесення оцінки функціонування у послідовні інтервенції, синхронізація навантаження, координація режимів). У цій групі світоглядна пластичність виступає умовою, що підсилює внесок соціо-емоційної компетентності у командний результат. Отже, консультативність у траєкторії терапії та реабілітації є практично-орієнтованою компетентністю взаємодії, де регуляторна й організаційна компоненти мають порівнянну вагу та формують єдиний механізм професійної узгодженості.

Для майбутніх клінічних психологів домінування соціо-емоційної компетентності в поясненні командної ефективності задає іншу інтерпретацію консультативної компетентності. Тут консультативність має виразний регуляторний профіль: центральним стає не стільки організаційний аспект координації дій, скільки здатність утримувати емоційно керовану, етично коректну та змістовно точну міжпрофесійну комунікацію, у межах якої психологічні висновки трансформуються у «командно-придатні» формулювання. Важливо, що в цій групі негативний контур ризику є не лише опосередкованим: дезадаптивні стратегії подолання демонструють як зниження регуляторних механізмів взаємодії, так і часткове пряме послаблення командного результату. Така конфігурація є теоретично сумісною з професійними умовами, де висока чутливість до міжособистісних сигналів і підвищені вимоги до відповідальності за формулювання можуть робити командну ефективність більш залежною від якості індивідуальної саморегуляції. У цьому ж контексті світоглядна пластичність виконує буферну функцію, пом'якшуючи негативний вплив дезадаптивного копінгу на соціо-емоційну компетентність. Отже, консультативність клінічного психолога може бути визначена як професійно опосередкована здатність до соціо-емоційного керування взаємодією та фасилітації командного прийняття рішень на основі психологічної інформації.

Нарешті для майбутніх соціальних працівників модель характеризується поєднанням соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу при виразному «світоглядному ядрі», яке має як опосередкований, так і частково прямий внесок у командну ефективність. Це узгоджується з тим, що консультативність у соціальній роботі реалізується в умовах міжвідомчих узгоджень, адвокації інтересів клієнта, маршрутизації та роботи з обмеженими ресурсами, де прийняття альтернативних позицій і готовність до варіативних рішень є не додатковою характеристикою, а функціонально необхідною умовою. Саме тому світоглядна пластичність у цій групі виступає системоутворювальним ресурсом, який підсилює соціо-емоційне керування взаємодією і підвищує командний результат. Водночас негативний контур у вигляді дезадаптивного копінгу проявляється переважно через зниження регуляторних механізмів, тобто через погіршення здатності підтримувати керованість взаємин у складних міжсистемних контактах. Отже, консультативна компетентність соціального працівника доцільно інтерпретувати як здатність до міжсистемної координації та переговорності, що спирається на поєднання регуляторних і організаційних ресурсів та підсилюється світоглядною відкритістю до альтернатив.

Узагальнюючи, доцільно наголосити на трьох аналітичних наслідках отриманих моделей. По-перше, проксимальні механізми консультативної компетентності виявляються профілеутворювальними: для різних професійних траєкторій «провідним» стає або організаційно-координаційний компонент, або соціо-емоційно-регуляторний, або їх поєднання з різною питомою вагою. По-друге, «вхідні» ресурси (життєстійкість, диспозиційні характеристики, адаптивні стратегії подолання) мають переважно опосередкований характер впливу, що методологічно підтримує трактування консультативної компетентності як інтегративної конструкції, де віддалені ресурси реалізуються через конкретні психологічні механізми взаємодії. По-

третє, негативний контур у вигляді дезадаптивних стратегій подолання є стійкою ризиковою конфігурацією для всіх груп, однак його прояв відрізняється: у деяких траєкторіях він переважно «підриває» регуляторні механізми, тоді як у клінічно-психологічній траєкторії може частково впливати і безпосередньо на командний результат. У прикладному вимірі це означає, що диференційовані освітні інтервенції мають бути спрямовані не лише на розвиток комунікативних умінь у загальному вигляді, а на цілеспрямоване формування провідних проксимальних механізмів, підтримку ресурсів життєстійкості та редукцію ризикових копінг-профілів, причому з урахуванням того, який саме механізм є критичним для конкретної професійної групи. У підсумку наведене узагальнення забезпечує підстави для переходу від опису міжгрупових відмінностей до конструктивного проектування програм розвитку консультативної компетентності, зорієнтованих на специфіку професійної ролі в мультидисциплінарній реабілітації та прогнозований внесок у підвищення ефективності командної взаємодії.

3.2 Практичні рекомендації щодо організації освітнього процесу, зорієнтованого на розвиток консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд

Практичні рекомендації для організації навчального процесу, зорієнтованого на розвиток консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд, доцільно вибудовувати як систему диференційованих освітніх рішень, що спираються на загальні рамкові вимоги міжпрофесійної співпраці (цінності й етика взаємодії, рольова визначеність, міжпрофесійна комунікація, командна робота) та одночасно враховують емпірично зафіксовані для кожної професійної групи «провідні механізми» досягнення командної ефективності.

У цьому підході навчальний результат має бути визначений не як сума комунікативних технік, а як здатність переводити професійні знання та позицію у формат узгоджених командних рішень, підтримуючи етичність, точність інформації, відповідальність за роль і стабільність саморегуляції під навантаженням, що відповідає сучасним рамкам міжпрофесійної освіти та практики (World Health Organization, 2010; Interprofessional Education Collaborative, 2016/2023).

Вихідною організаційною умовою є інституційне закріплення в навчальних планах усіх чотирьох спеціальностей спільних освітніх компонентів, оскільки без спільного «каркаса» (узгоджені терміни, єдина логіка командного обговорення, мінімальні стандарти передачі інформації, протоколи розподілу ролей і взаємодії) розвиток консультативної компетентності ризикує залишитися локальною ініціативою (*рис. 3.5*).

Практично це означає введення обов'язкового міждисциплінарного модуля, який триває щонайменше один семестр, включає командні семінари, симуляційні сесії, стандартизовані міждисциплінарні «консиліумні» обговорення, спільне планування допомоги та рефлексивну супервізію, і завершується оцінюванням, що комбінує:

- а) структуроване спостереження за командною взаємодією;
- б) індивідуальний внесок у командний продукт;
- в) короткий письмовий аналіз власних рішень і помилок саморегуляції.

Саме така композиція узгоджується з даними оглядів і метааналітичних робіт, у яких підкреслюється, що ефект міжпрофесійної освіти зростає за умов достатньої тривалості, повторюваності практик і реалістичності навчальних завдань та за наявності чітких критеріїв оцінювання (Guraya & Barr, 2018).

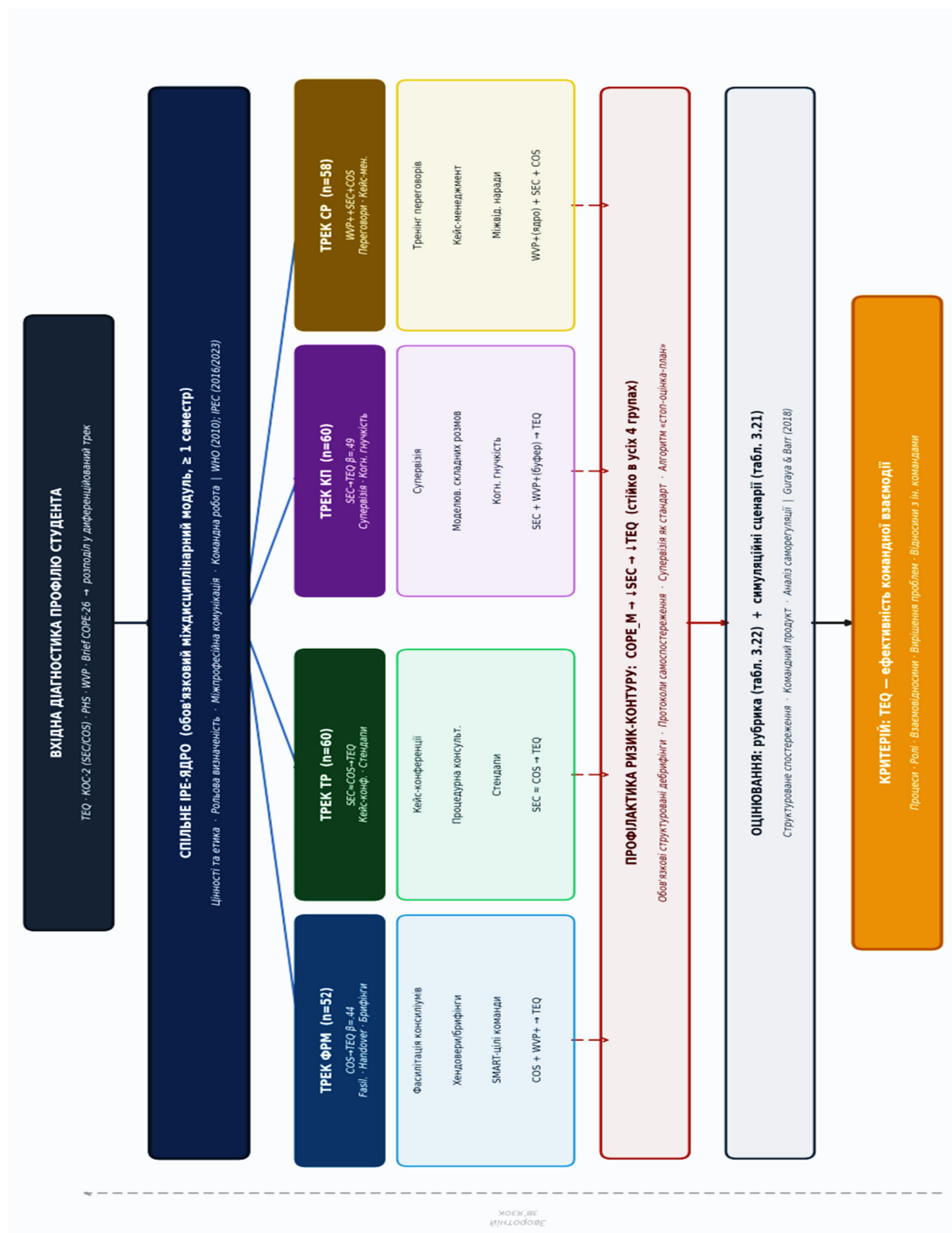


Рис. 3.5. Інтегративна рамкова модель організації навчального процесу з розвитку консультативної компетентності майбутніх фахівців МДРК

Примітка. IPE = Interprofessional Education. Структура рамки відповідає WHO Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (World Health Organization, 2010) та IPEC Core Competencies (2016/2023). Диференціація чотирьох треків побудована на провідних механізмах SEM/Path-моделей (табл. 3.13–3.16). Ризик-контур COPE_M → ↓SEC → ↓TEQ підтверджено Bootstrap BCa 95 % CI у всіх 4 групах.

Окремою лінією має бути командне навчання (team training) як технологічно оформлений компонент освітнього процесу, адже систематизовані синтети літератури свідчать, що структуровані програми командної підготовки, які поєднують інструктаж, практику в умовах, наближених до реальних, дебрифінг із фокусом на процесах комунікації та ухвалення рішень, асоціюються з поліпшенням командних процесів і релевантних показників якості / безпеки (Weaver et al., 2014), а в реабілітаційно-орієнтованих моделях допомоги сама наявність організованої міжпрофесійної роботи визнана ключовим чинником результативності (організована допомога інсультних блоків як приклад мультидисциплінарної моделі з доведеними перевагами, порівняно з неорганізованою допомогою) (Langhorne et al., 2020) (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Матриця цільових результатів навчання

з розвитку консультативної компетентності (міждисциплінарний блок)

Цільовий результат (what)	Поведінкові індикатори (how it looks)	Критерій якості виконання	Рекомендований формат навчання	Інструмент / дані для оцінювання
Командне узгодження цілей і плану	Формулює цілі у вимірюваних термінах; зіставляє втручання різних фахівців; підсумовує рішення	Чіткість, узгодженість, відсутність суперечностей між ролями	Кейс-конференції + симуляції з таймінгом	ТЕQ (підшкали «Процеси», «Ролі», «Вирішення проблем») + експертна рубрика
Рольова визначеність і межі відповідальності	Називає власну роль; коректно делегує; не підміняє інші ролі; фіксує «хто / що / коли»	Відповідальність, прозорість, відсутність рольового конфлікту	Рольові тренінги + міжпрофесійні брифінги / дебрифінги	ТЕQ «Ролі», «Взаємовідносини» + чек-лист ролей
Етична регуляція і безпечна комунікація	Дотримується конфіденційності; коректно формулює; узгоджує інформування пацієнта / родини	Етичність, точність, недискримінаційність	Мікросемінари + аналіз «критичних інцидентів»	Експертний аудит кейсів + ТЕQ «Взаємовідносини»

Цільовий результат (what)	Поведінкові індикатори (how it looks)	Критерій якості виконання	Рекомендований формат навчання	Інструмент / дані для оцінювання
Соціо-емоційне керування взаємодією (SEC)	Знижує напругу; утримує робочу атмосферу; коректно відпрацьовує незгоду	Регуляція емоцій, підтримка співпраці	Дебрифінг після практики + моделювання конфліктів	SEC (загальний і підшкали) + спостереження
Комунікативно-організаторський ресурс (COS)	Структурує обговорення; ініціює контакт; переводить комунікацію в дію	Організованість, послідовність, результативність	Короткі командні стендапи + тренування фасилітації	COS + TEQ «Процеси», «Вирішення проблем»
Саморегуляція під навантаженням (PHS/COPE)	Планує; обирає активні стратегії; зменшує уникання / самозвинувачення	Стабільність продуктивності, адаптивні стратегії	Тренінг самоменеджменту + супервізія	PHS + профілі COPE (інтегральні індикатори)

Разом із тим «міжпрофесійне ядро» не замінює групо-специфічних освітніх інтервенцій і саме на цьому рівні доцільно переходити від загальної рамки до рекомендацій, які безпосередньо впливають із отриманих емпіричних моделей.

Для майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини пріоритетом має стати розвиток процесуально-координаційного каналу консультативної компетентності, оскільки прямий внесок комунікативно-організаторського ресурсу в командну ефективність є найбільшим за наявності додаткового, але меншого внеску соціо-емоційної компетентності, а також фіксується підсилення ефекту організаційного ресурсу при зростанні світоглядної пластичності; у навчальному процесі це вимагає систематичного формування вмінь, які забезпечують керованість командних процесів, а саме:

- 1) фасилітацію командних обговорень із чітким порядком денним, правилами часу та фіксацією рішень;
- 2) постановку та узгодження командних цілей у форматі операційних критеріїв і термінів;
- 3) стандартизовану передачу інформації між фахівцями (handover) із контролем розуміння та відповідальності за виконання;

- 4) навчання пацієнта / родини як частину командної логіки (узгоджені повідомлення, узгоджена послідовність інструкцій, попередження суперечливих рекомендацій).

Зазначені вміння мають тренуватися через повторювані «кейс-конференції» та симуляційні командні сесії з обов'язковим дебрифінгом, у якому аналізуються не лише клінічні рішення, а й структура взаємодії (хто ініціював, хто уточнював, як ухвалювалися рішення, де виникали збої координації), що відповідає логіці доказово-орієнтованого командного навчання (Weaver et al., 2014).

Додатково, з огляду на значущі прямі ефекти професійної життєстійкості на проксимальні механізми та позитивний внесок активного проблемно-орієнтованого копінгу в комунікативно-організаторський ресурс ($\beta = 0,19$; $p = .031$), навчальний дизайн має містити окремий компонент розвитку саморегуляції у високій відповідальності та невизначеності (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

**Диференційовані освітні інтервенції за професійними групами
відповідно до провідного механізму моделі**

Професійна група	Провідний механізм підсилення TEQ	Освітній фокус (що саме розвивати насамперед)	Типові формати навчання (як)	Очікуваний ефект у показниках
Лікарі ФРМ	COS → TEQ (координація / процес) + додатково SEC	Фасилітація командних рішень; керування процесом; контроль виконання домовленостей; «спільний план»	Симуляції командних консилиумів; тренування фасилітації; стандартизовані брифінги / хендовери	Зростання COS; зростання TEQ «Процеси», «Ролі», «Вирішення проблем»; зниження негативного непрямого впливу COPE_M через SEC

Професійна група	Провідний механізм підсилення TEQ	Освітній фокус (що саме розвивати насамперед)	Типові формати навчання (як)	Очікуваний ефект у показниках
Терапія та реабілітація	SEC і COS як два рівнозначні канали → TEQ	Баланс: (а) процедурне пояснення інтервенцій, (б) узгодження інтенсивності / послідовності, (в) соціо-емоційна регуляція взаємодії	Інтерпрофесійні кейси + «план втручання» як командний продукт; короткі стендапи; дебрифінг комунікаційних збоїв	Зростання SEC і COS; приріст TEQ загального та «Процеси / Взаємовідносини»
Клінічні психологи	SEC → TEQ (домінує) + контроль ризику COPE_M	Переклад психоданих на командно-придатні формулювання; фасилітація; профілактика дезадаптивного копіngu	Супервізійні групи; моделювання складних розмов; дебрифінг емоційних ситуацій; тренування когнітивної гнучкості	Виражене зростання SEC; зниження COPE_M; підвищення TEQ через SEC
Соціальні працівники	SEC + COS → TEQ зі «світоглядним ядром» (WVP+)	Переговорність і міжвідомча координація; маршрутизація; адвокація в межах ролі; зменшення уникання	Тренінг переговорів; кейс-менеджмент у мережі; симуляції міжвідомчих нарад; структуровані дебрифінги	Підвищення WVP+ і SEC; зростання COS; зниження уникання; приріст TEQ

Його доцільно оформлювати як короткий курс (6–8 занять) із тренуванням навичок планування навантаження, когнітивної гнучкості, контролю якості рішень під тиском часу та опануванням методів профілактики дезадаптивних стратегій подолання, оскільки негативний контур «дезадаптивний копінг → зниження соціо-емоційної компетентності → зниження командної ефективності» у цій групі підтверджений. Практично це означає необхідність навчальних процедур раннього виявлення самозвинувачення / уникання та їх заміни на алгоритми проблемного аналізу і звернення по інструментальну підтримку. Причому такі алгоритми мають бути інституційно нормовані (як «стандарти поведінки» в команді), а не залишені на рівні індивідуальної психологічної культури.



Рис. 3.6. Диференційована матриця освітніх інтервенцій:
провідний механізм → формат навчання → вимірюваний результат

Примітка. Всі β -коефіцієнти відповідають стандартизованим параметрам SEM-моделей. Ризик-контур: непрямий ефект COPE_M → SEC → TEQ підтверджено Bootstrap BCa 95 % CI в усіх групах (5 000 перезапусків). Очікуваний R²(TEQ): ФРМ = .35–.50; ТР = .40–.55; КП = .45–.60; СР = .40–.55. WVP+ = світоглядна пластичність; SEC = соціо-емоційна компетентність; COS = комунікативно-організаторський ресурс; PHS = проф. життєстійкість.

На рівні оцінювання для майбутніх лікарів ФРМ доцільно вводити «екзамен командного лідерства» у форматі структурованої командної симуляції, де студент оцінюється за такими критеріями: ініціювання обговорення, формулювання завдання, розподіл ролей, контроль розуміння, етична коректність комунікації, завершення обговорення з фіксацією домовленостей. Це відповідає принципу, за яким командна ефективність є поведінковим критерієм консультативної компетентності, а не лише самооцінкою.

Для майбутніх фахівців з терапії та реабілітації освітні інтервенції мають бути скеровані на підтримання балансу двох каналів (соціо-емоційного та організаційного), оскільки в моделі обидва механізми роблять істотний внесок у командну ефективність, а світоглядна пластичність підсилює реалізацію соціо-емоційного каналу. При цьому важливо те, що професійна життєстійкість впливає на обидва проксимальні механізми, а активні копінг-стратегії мають позитивні ефекти і на SEC, і на COS, тоді як дезадаптивний копінг має негативний опосередкований вплив на командну ефективність (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

**Ризик-контури (COPE_M / уникання)
та інституційні заходи профілактики в навчанні**

Група	Емпірично релевантний ризик-контур	Поведінкові «маркери» в освітньому процесі	Профілактичні інтервенції (рівень програми)	Індикатори ефективності профілактики
ФРМ	COPE_M знижує SEC й опосередковано TEQ	Зниження участі в обговореннях; уникання відповідальності за рішення; фіксація «помилки» як провалу	Обов'язкові дебрифінги; правила командного зворотного зв'язку; алгоритм «проблема — опції — рішення — відповідальний»	Зростання SEC; стабілізація TEQ «Взаємовідносини / Процеси»
ТР	COPE_M → SEC → ↓TEQ (через регуляторний канал)	Конфлікти через «процедурні дрібниці»; емоційне виснаження; формальна участь	Модуль емоційної регуляції в коротких контактах; супервізійні мікрогрупи	Зростання SEC; зменшення показників уникання

Група	Емпірично релевантний ризик-контур	Поведінкові «маркери» в освітньому процесі	Профілактичні інтервенції (рівень програми)	Індикатори ефективності профілактики
КП	COPE_M частково прямо знижує TEQ і сильно через SEC	Самозвинувачення після складних випадків; уникання командних дискусій; «перевантаження відповідальністю»	Стандартизована супервізія; навчання когнітивній гнучкості; протоколи самостереження і раннього запиту підтримки	Зниження COPE_M; зростання SEC; підвищення TEQ
СР	COPE_M → SEC → ↓TEQ; підвищене уникання	Відтермінування контактів; надлишкове емоційне «вивантаження» без плану дій; зниження планування	Навчання кейс-менеджменту з КРІ; тренінг планування; дебрифінг «емоція → план → ресурс»	Зростання планування / активного подолання; зниження уникання; зростання TEQ

У навчальній практиці це обґрунтовує необхідність двокомпонентного формату підготовки: з одного боку, відпрацювання «процедурної консультативності» (пояснення інтервенцій, обґрунтування режимів, підготовка пацієнта до виконання рекомендацій, коректне донесення обмежень і ризиків), з іншого — відпрацювання «міжпрофесійної організації» (узгодження інтенсивності та послідовності втручань, синхронізація з іншими фахівцями, документаційна дисципліна, короткі регулярні командні «стендапи» з фіксацією перешкод і ресурсів).

Методично найпродуктивнішим є поєднання практики на клінічних базах із обов'язковим навчальним компонентом у форматі інтерпрофесійних кейс-конференцій, де фахівці з терапії та реабілітації мають не лише представити власний план, а й показати, як цей план інтегрується в загальну логіку команди, а також уміти коректно аргументувати зміни (що безпосередньо пов'язано з модераторною роллю світоглядної пластичності як готовності приймати альтернативні позиції та оновлювати рішення).

Важливим є і те, що за результатами міжгрупових порівнянь соціальні працівники демонструють нижчий рівень активного подолання та планування, тоді як у групі терапії і реабілітації активне подолання та планування не знижені.

Отже, для цієї групи доцільно зберегти сильні сторони проблемно-орієнтованого стилю, але підсилити компонент соціо-емоційної компетентності, зокрема тренування навичок «соціального керування» в коротких професійних контактах, керування напругою в команді, профілактика ескалації дрібних конфліктів, що відповідає загальній доказовій логіці: соціо-емоційні здібності й емоційна компетентність асоціюються з результативністю професійної діяльності, а інтервенції з їхнього розвитку можуть давати вимірювані ефекти (з урахуванням якості дизайну і тривалості навчання) (Dou et al., 2025).

Для контролю сформованості «балансу двох каналів» доцільно застосовувати формат комплексного підсумкового завдання, де студент (а) презентує команді план втручань із чіткими критеріями прогресу; (б) обґрунтовує необхідність координації з іншими фахівцями; (в) демонструє навички комунікації з пацієнтом / родиною щодо режиму та очікувань; (г) фіксує план у стандартизованому записі, доступному всім членам команди; оцінювання має бути критеріальним (rubrics) і спільним для декількох спеціальностей, аби підтримати міжпрофесійний стандарт (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

**Пакет симуляційних сценаріїв
для оцінювання консультативної компетентності**

Сценарій	Ситуація (коротко)	Обов'язкові ролі	Консультації завдання	«Критичні точки» для оцінювання	Продукт команди
1. Узгодження SMART-цілей	Пацієнт після гострого стану; різні пріоритети фахівців	ФРМ, ТР, КП, СР	Сформулювати 3–5 SMART-цілей; узгодити втручання і послідовність	Рольова визначеність; якість фасилітації; завершення рішенням	Письмовий план + розподіл відповідальності
2. Конфлікт ресурсів	Обмежений час / обладнання; суперечливі вимоги служби	ФРМ, ТР, СР	Переговори; пріоритизація; маршрутизація	Етичність; аргументація; координація з «іншими командами»	Рішення щодо ресурсів + маршрут

Сценарій	Ситуація (коротко)	Обов'язкові ролі	Консультації завдання	«Критичні точки» для оцінювання	Продукт команди
3. Емоційно насичений контакт	Родина в кризі; високий ризик непорозуміння	КП, СР + інші	Деескалація; узгоджене інформування; план підтримки	SEC: самокерування / соціальне керування; конфіденційність	План комунікації + план супроводу
4. Зміна плану через нові дані	Погіршення / ускладнення; потрібна корекція втручань	ФРМ, ТР, КП	Оновити план; пояснити причини; узгодити межі ризику	WVP+ як готовність змінити рішення без втрати командності	Оновлений план + критерії перегляду

Для майбутніх клінічних психологів рекомендації повинні виходити з того, що домінантним механізмом є соціо-емоційна компетентність, яка має найбільший прямий ефект на командну ефективність, тоді як організаційний ресурс відіграє меншу, але статистично значущу роль. Водночас фіксується прямий негативний вплив дезадаптивного копінгу на командну ефективність та сильний негативний опосередкований ефект через SEC.

Це означає, що навчальні інтервенції для психологів мають бути подвійно сфокусовані на: розвитку професійної соціо-емоційної регуляції як інструменті командної взаємодії та системній профілактиці дезадаптивних стратегій подолання, які в цій групі є не «фоновою» змінною, а фактором, що безпосередньо послаблює командну результативність. Організаційно це вимагає впровадження обов'язкових супервізійних форматів, у яких студент навчається (1) переводити психодіагностичні й клінічні дані в командно-придатні формулювання, що зменшують ризики непорозуміння та стигматизації; (2) комунікувати ризики / обмеження без надмірної категоричності; (3) фасилітувати обговорення складних випадків із підтриманням безпечної комунікації та кордонів відповідальності.

Саме психолог часто виконує в команді роль «процесуального модератора» взаємодії, і ця роль не формується автоматично з академічних знань. Оскільки у психологів виявлено найвищі показники планування та

прийняття (а також найвищий інтегральний проблемно-орієнтований копінг), навчальний процес може спиратися на наявний ресурс, але має коригувати ризиковий контур. Дані про нижчі значення заперечення та самозвинувачення у психологів порівняно з іншими групами є позитивними, однак модель демонструє, що навіть відносно невеликі коливання дезадаптивного копіngu в цій групі мають істотні наслідки для командної ефективності, тому доцільно вводити навчальні протоколи самоспостереження і раннього реагування (короткі щотижневі чек-листи стану, алгоритм «зупинка — оцінка — переформулювання завдання — запит підтримки», правила командного дебрифінгу після емоційно насичених контактів).

У цьому ж блоці раціональним є застосування програм розвитку психологічної стійкості, оскільки систематичний огляд тренінгів резильєнтності у робочому середовищі засвідчує, що за певних умов такі інтервенції можуть покращувати показники психологічного функціонування і навичок подолання, хоча ефекти залежать від дизайну та контексту (Robertson et al., 2015).

Окремо слід використати модераторну роль світоглядної пластичності, яка в групі клінічних психологів буферує негативний зв'язок дезадаптивного копіngu із соціо-емоційною компетентністю. Це обґрунтовує включення в підготовку психологів спеціальних модулів когнітивної гнучкості в професійному мисленні (вміння утримувати альтернативні гіпотези, переносити увагу із самозвинувачення на аналіз умов, підвищувати толерантність до невизначеності клінічних даних). Причому ці модулі мають бути інтегровані з міжпрофесійними форматами, а не існувати як ізольований курс. Для оцінювання прогресу доцільно застосовувати «міжпрофесійний іспит з консультативної комунікації», у якому психолог має (а) коротко представити команді психологічну концептуалізацію випадку; (б) запропонувати комунікаційні рекомендації для інших фахівців; (в) продемонструвати навички фасилітації обговорення (підсумовування, уточнення, керування напругою); (г) продемонструвати етичну коректність

щодо конфіденційності та кордонів ролей. У цьому форматі обов'язковим має бути дебрифінг, що аналізує процеси взаємодії, оскільки саме вони є тим каналом, через який реалізується SEC як провідний механізм.

Нарешті для *майбутніх соціальних працівників* практичні рекомендації повинні будуватися з урахуванням того, що консультативна компетентність у цій групі має «світоглядне ядро» і проявляється як поєднання соціо-емоційної компетентності та організаційного ресурсу, підсилене світоглядною пластичністю, причому остання має як опосередкований, так і частково прямий внесок у командну ефективність, а також фіксується негативний непрямий вплив дезадаптивного копінгу через SEC.

Одночасно результати порівнянь копінг-профілів демонструють, що саме соціальні працівники мають нижчі показники активного подолання та планування, значно вищі показники використання релігії, вираження почуттів і поведінкового відходу, а також найвищий інтегральний індикатор уникання, що створює специфічний освітній запит: навчання має підсилити проблемно-орієнтовану складову саморегуляції, не руйнуючи ресурсних культурних / ціннісних опор, але забезпечуючи операційну здатність планувати маршрутизацію, витримувати міжвідомчі бар'єри та доводити домовленості до реалізації. У практичному вимірі це означає необхідність трьох взаємопов'язаних блоків підготовки, які мають бути закріплені у програмі соціальної роботи як обов'язкові: (1) модуль міжвідомчої координації та переговорів (структура переговорної взаємодії, критерії аргументації, керування конфліктами інтересів, межі адвокації, документування домовленостей), який реалізується в інтеграції з юридичними й організаційними аспектами системи допомоги; (2) модуль соціо-емоційного керування у мережі допомоги (керування напругою, деескалація, робота з опором, підтримання професійної позиції без порушення кордонів ролей), що безпосередньо відповідає проксимальному механізму SEC як предиктору командної ефективності; (3) модуль організаційної реалізації рішень із фокусом на плануванні кейс-

менеджменту, ресурсному картуванні, логіці маршрутизації, тайм-менеджменті та контролі виконання.

Ці модулі мають бути пов'язані єдиною системою завдань, де кожне «переговорне» рішення повинно мати план реалізації та критерії перевірки, інакше організаційний ресурс не буде інтегрований у консультативну поведінку. Критично важливою є і робота з дезадаптивним копінгом у соціальній роботі як професійній групі з високою інтенсивністю емоційно насичених контактів і системними обмеженнями ресурсів, оскільки за моделлю саме він підриває соціо-емоційний канал, а за профілями копіngu виявляється підвищеним. Ефективною організаційною відповіддю є введення регулярних структурованих дебрифінгів після практики (не як «вільне висловлювання», а як процедура: подія — емоційна реакція — оцінка ризику дезадаптивних стратегій — вибір проблемно-орієнтованих кроків — план запиту інструментальної підтримки), а також упровадження навчальних стандартів супервізії, що прямо пов'язують емоційне опрацювання досвіду з планом дій і межами відповідальності.

У цьому контексті доцільно використовувати доказово-орієнтовані програми розвитку резильєнтності та навичок подолання стресу в робочих середовищах як джерело методичних принципів (структурованість, повторюваність, оцінювання ефектів), з урахуванням того, що систематичні огляди демонструють неоднорідність ефектів і підкреслюють потребу в контекстній адаптації (Robertson et al., 2015) (*рис. 3.7*).

Примітка. Чотири вузли циклу: симуляційний сценарій → командна взаємодія (спостереження) → рубрика (6 критеріїв × 4 рівні) → дебрифінг → новий цикл. Центральний критерій: ТЕQ. Мінімальний поріг КК: ≥ 3 балів з кожного критерію рубрики (табл. 3.22). Ліва панель — чотири сценарії (табл. 3.21). Права панель — шість критеріїв рубрики (табл. 3.22). Зв'язок сценаріїв з треками: сцен. 1 → Г1/ФРМ (СОS/Полі); сцен. 3 → Г3/КП (SEC); сцен. 4 → всі групи (WVP+/знучкість).

Для соціальних працівників особливо важливим є інституційне навчання «конференційної» роботи як ключового механізму взаємодії з іншими службами. І тут методично доречним є використання рамок інтерпрофесійних кейс-конференцій, у яких чітко визначені ролі, порядок денний, правила ухвалення рішень, спосіб документування та механізми зворотного зв'язку, оскільки такі конференції розглядаються як центральний інструмент координації в системах допомоги і потребують спеціального навчання (O'Reilly et al., 2021).

На рівні підсумкового оцінювання соціальної роботи доцільно застосувати комплексне завдання «міжвідомчий маршрут», де студент має: (а) ініціювати узгодження між щонайменше двома службами; (б) представити команді логіку ресурсного рішення; (в) продемонструвати навички переговорів і соціо-емоційного керування; (г) сформулювати організаційно конкретний план реалізації та критерії контролю; (д) етично відокремити власну роль від ролей інших фахівців. Такий формат прямо відповідає «міжсистемній» специфіці консультативної компетентності соціального працівника. Усі ці групо-специфічні рекомендації мають бути інтегровані в єдину систему забезпечення якості підготовки, де прогрес оцінюється не лише через самозвіти, а й через поведінкові індикатори командної взаємодії та результати командних продуктів, адже саме так консультативна компетентність переходить від описового конструкту до операційної компетенції. Додатково для всіх груп доцільно впровадити спільний «мінімальний стандарт команди» (термінологічний глосарій, стандарти коротких повідомлень, правила конфіденційності, шаблони фіксації рішень, критерії етичної коректності), що є інституційним механізмом зменшення варіативності якості підготовки між різними освітніми траєкторіями і відповідає загальній рамці міжпрофесійної освіти (World Health Organization, 2010; Interprofessional Education Collaborative, 2016/2023).

Загалом пропонуємо методологічну рамку інтегративної консультативної компетентності у спостережувані поведінкові індикатори, а також для стандартизації експертного оцінювання в командних симуляціях і практиці (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Оцінювання консультативної поведінки в команді

Критерій	1 — недостатньо	2 — базово	3 — добре	4 — відмінно
Рольова визначеність	Роль не називає / плутає	Називає роль, але не стабільно	Стабільно дотримується ролі	Дотримується ролі й підтримує рольовий баланс команди
Структурування взаємодії (COS)	Дискусія хаотична	Частково структурує	Чітко структурує	Структурує і забезпечує результат у межах часу
Соціо-емоційне керування (SEC)	Ескалація / ігнорування емоцій	Частково регулює	Переважно регулює	Стабільно керує напругою і підтримує робочу атмосферу
Узгодження рішень	Немає спільного рішення	Рішення часткове	Узгоджене рішення	Узгоджене рішення + критерії контролю і перегляду
Етичність і коректність	Порушення кордонів / некоректність	Окремі ризики	Коректно	Коректно + запобігає етичним ризикам у команді
Документування і передача інформації	Відсутнє / не чітке	Мінімальне	Достатнє	Стандартизоване, прозоре, відтворюване іншими

Висновки до третього розділу

Моделювання консультативної компетентності методом SEM/Path засвідчило прийнятну придатність моделей у кожній професійній групі. Для майбутніх лікарів ФРМ встановлено такі показники: $\chi^2(16) = 21.6$, $p = .155$; CFI = .963; TLI = .944; RMSEA = .052 [0.000; 0.101]; SRMR = .041. Для терапії

та реабілітації отримано: $\chi^2(16) = 18.9$, $p = .274$; CFI = .972; TLI = .956; RMSEA = .041 [0.000; 0.089]; SRMR = .038. Для клінічних психологів зафіксовано: $\chi^2(16) = 20.7$, $p = .190$; CFI = .958; TLI = .938; RMSEA = .054 [0.000; 0.103]; SRMR = .045. Для соціальних працівників підтверджено: $\chi^2(16) = 19.8$, $p = .232$; CFI = .967; TLI = .948; RMSEA = .046 [0.000; 0.095]; SRMR = .040. Отже, доведено, що структурні моделі є придатними для інтерпретації прямих і непрямих ефектів у межах кожної професійної траєкторії.

У групі майбутніх лікарів ФРМ встановлено, що найбільший прямий внесок у командну ефективність має комунікативно-організаторський ресурс (COS \rightarrow TEQ: $\beta = 0.44$, $p < .001$), тоді як соціо-емоційна компетентність також має значущий, але менший внесок (SEC \rightarrow TEQ: $\beta = 0.23$, $p = .013$). Засвідчено позитивні зв'язки професійної життєстійкості з обома проксимальними механізмами (PHS \rightarrow COS: $\beta = 0.32$, $p = .002$; PHS \rightarrow SEC: $\beta = 0.21$, $p = .034$), а також позитивний внесок активного копіngu в COS (COPE_A \rightarrow COS: $\beta = 0.19$, $p = .031$). Виявлено негативний ефект дезадаптивного копіngu на SEC (COPE_M \rightarrow SEC: $\beta = -0.28$, $p = .006$), доведено наявність негативного непрямого впливу на TEQ через SEC ($\beta_{ind} = -0.06$; 95 % Boot CI [-0.13; -0.01]). Уточнено, що світоглядна пластичність виступає модератором зв'язку COS \rightarrow TEQ (WVP+ \times COS \rightarrow TEQ: $\beta = 0.10$, $p = .017$), тобто підсилює реалізацію організаційно-координаційного механізму в командній взаємодії.

У групі терапії та реабілітації встановлено збалансований внесок соціо-емоційної компетентності й комунікативно-організаторського ресурсу в TEQ (SEC \rightarrow TEQ: $\beta = 0.34$, $p < .001$; COS \rightarrow TEQ: $\beta = 0.30$, $p = .001$). Засвідчено, що професійна життєстійкість пов'язана як із SEC, так і з COS ($\beta = 0.25$, $p = .006$; $\beta = 0.20$, $p = .026$), а активний копінг має позитивні прямі ефекти на обидва проксимальні механізми (COPE_A \rightarrow SEC: $\beta = 0.16$, $p = .045$; COPE_A \rightarrow COS: $\beta = 0.14$, $p = .048$). Виявлено негативний ефект дезадаптивного копіngu на SEC (COPE_M \rightarrow SEC: $\beta = -0.22$, $p = .015$) із засвідченим непрямим негативним впливом на TEQ ($\beta_{ind} = -0.07$; 95 % Boot CI [-0.15; -0.01]).

Уточнено, що світоглядна пластичність модерує зв'язок $SEC \rightarrow TEQ$ ($WVP+ \times SEC \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.12$, $p = .019$), тобто посилює реалізацію регуляторного каналу консультативної поведінки.

У групі клінічних психологів доведено, що соціо-емоційна компетентність є провідним проксимальним механізмом, який безпосередньо визначає TEQ ($SEC \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.49$, $p < .001$), тоді як COS має менший, але статистично значущий внесок ($COS \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.15$, $p = .049$). Засвідчено сильний позитивний зв'язок професійної життєстійкості із SEC ($PHS \rightarrow SEC$: $\beta = 0.35$, $p = .001$). Виявлено виражений негативний ефект дезадаптивного копіngu на SEC ($COPE_M \rightarrow SEC$: $\beta = -0.33$, $p = .001$) та додатковий прямий негативний вплив на TEQ ($COPE_M \rightarrow TEQ$: $\beta = -0.12$, $p = .046$), а також підтверджено непрямий негативний ефект через SEC ($\beta_{ind} = -0.16$; 95 % Boot CI $[-0.28; -0.07]$). Установлено модераційний ефект світоглядної пластичності у зв'язку між $COPE_M$ та SEC ($WVP+ \times COPE_M \rightarrow SEC$: $\beta = 0.11$, $p = .028$), що уточнює механізм часткового «буферування» негативного впливу дезадаптивного копіngu на соціо-емоційне функціонування в командній взаємодії.

У групі соціальних працівників встановлено, що TEQ пояснюється одночасним внеском SEC і COS ($SEC \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.36$, $p < .001$; $COS \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.29$, $p = .002$) та додатковим прямим внеском світоглядної пластичності ($WVP+ \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.14$, $p = .044$). Засвідчено значущий вплив світоглядної пластичності на SEC ($WVP+ \rightarrow SEC$: $\beta = 0.34$, $p = .001$) і негативний вплив світоглядного песимізму на SEC ($WVP- \rightarrow SEC$: $\beta = -0.18$, $p = .026$). Виявлено негативний ефект дезадаптивного копіngu на SEC ($COPE_M \rightarrow SEC$: $\beta = -0.25$, $p = .007$) та доведено негативний непрямий вплив на TEQ через SEC ($\beta_{ind} = -0.09$; 95 % Boot CI $[-0.18; -0.02]$). Уточнено, що світоглядна пластичність модерує зв'язок $SEC \rightarrow TEQ$ ($WVP+ \times SEC \rightarrow TEQ$: $\beta = 0.10$, $p = .041$), тобто підсилює реалізацію соціо-емоційного механізму консультативної поведінки в контексті міжсистемної координації.

Порівняльне узагальнення моделей дало змогу встановити, що за спільної спрямованості на підвищення командної ефективності консультативна компетентність реалізується через різні провідні конфігурації механізмів. Для лікарів ФРМ головним є організаційно-координаційний канал ($COS \rightarrow TEQ$) із модераційним підсиленням за умов більшої світоглядної пластичності. Для терапії та реабілітації характерним є баланс двох каналів (SEC і COS), а пластичність підсилює вплив регуляторного механізму на результат. Для клінічних психологів визначальним є емоційно-регуляторний механізм ($SEC \rightarrow TEQ$), а пластичність послаблює негативні наслідки дезадаптивного копіngu для SEC . Для соціальних працівників уточнено наявність «світоглядного ядра», оскільки пластичність одночасно впливає на SEC , модерує її внесок у TEQ і частково має прямий ефект на командну ефективність. Таким чином доведено, що результати не зводяться до констатації середніх відмінностей, а забезпечують пояснювальну основу для диференційованих освітніх впливів, орієнтованих на провідні механізми у кожній групі.

У частині практичної інтерпретації результатів уточнено, що запропонована рубрика оцінювання консультативної поведінки в команді є методично виправданою як інструмент стандартизованого спостереження та формувального оцінювання. Її 4-рівнева логіка забезпечує (1) однозначність критеріїв для викладачів і супервізорів; (2) порівнюваність результатів між студентами різних спеціальностей; (3) можливість фіксації динаміки розвитку консультативної поведінки в процесі навчальних модулів і практик, а також (4) узгодження оцінювання з емпірично підтвердженими механізмами моделей, оскільки критерії рубрики можуть бути прямо співвіднесені з проявами соціо-емоційного керування та організаційно-координаційних дій у команді. Внаслідок цього обґрунтовано використання рубрики як прикладного компонента системи забезпечення якості підготовки до міжпрофесійної взаємодії.

Отже, встановлено: (а) наявність міжгрупових відмінностей у профілях копінг-стратегій та інтегральних показниках подолання; (б) придатність чотирьох професійно-специфічних SEM/Path-моделей для пояснення командної ефективності; (в) провідну роль проксимальних механізмів у формуванні командної результативності, при цьому їхня відносна вага відрізняється між професійними траєкторіями; (г) негативний контур дезадаптивного копінгу, який знижує ефективність командної взаємодії переважно через погіршення соціо-емоційної компетентності, а в окремих групах — також через прямі ефекти; (д) регуляторну функцію світоглядної пластичності, яка або підсилює ключові шляхи до TEQ, або послаблює негативні впливи, залежно від професійного контексту. Сукупно ці дані доводять, що консультативна компетентність є емпірично диференційованою конструкцією з професійно специфічними механізмами реалізації, а також підтверджують доцільність розроблення адресних освітніх рекомендацій і критеріїв оцінювання, які відповідають виявленим моделям розвитку консультативної поведінки в мультидисциплінарних реабілітаційних командах.

Здійснене емпіричне дослідження дає підстави конкретизувати такі психолого-педагогічні умови підготовки майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд: інституційне впровадження обов'язкового міждисциплінарного модуля зі спільними для всіх спеціальностей цілями, термінами, стандартами комунікації та розподілу ролей; організація систематичного командного навчання на основі кейс-конференцій, симуляцій, брифінгів, дебрифінгів і супервізії; поєднання міжпрофесійного «ядра» підготовки з диференційованими освітніми треками відповідно до провідного механізму консультативної компетентності в кожній професійній групі; цілеспрямований розвиток соціо-емоційної компетентності, комунікативно-організаторського ресурсу, професійної життєстійкості, когнітивної гнучкості та світоглядної пластичності; профілактика дезадаптивних копінг-стратегій через навчання саморегуляції,

планування, раннього виявлення уникання і самозвинувачення та алгоритмів звернення по підтримку; забезпечення рефлексивного супроводу навчання через структуроване осмислення помилок, напруження і способів ухвалення рішень; упровадження єдиних критеріальних засобів оцінювання консультативної поведінки в команді на основі поведінкових індикаторів, рубрик, експертного спостереження та аналізу командного продукту.

Сукупність цих умов забезпечує не лише формування окремих комунікативних умінь, а й розвиток цілісної консультативної компетентності як здатності ефективно діяти, координувати взаємодію та підтримувати результативність команди в реабілітаційному процесі.

ВИСНОВКИ

Згідно із першим завданням здійснено теоретико-методологічний аналіз консультативної компетентності у контексті мультидисциплінарної реабілітації та узагальнено підходи до її структури й детермінант. Консультативну компетентність концептуалізовано як інтегративну психологічну конструкцію, що включає комунікативно-інтерактивні уміння, рольову визначеність і межі відповідальності, здатність до узгодження цілей і плану допомоги, етичну регуляцію взаємодії, а також рефлексивність і саморегуляцію в ситуаціях підвищеного навантаження. Уточнено, що її емпірично релевантними детермінантами є ресурси стійкості та саморегуляції, соціо-емоційні механізми, комунікативно-організаційні схильності, диспозиційні характеристики, а також когнітивно-ціннісні регулятори готовності до змін, які визначають інтенсивність і напрям реалізації консультативної поведінки у командній взаємодії.

Відповідно до другого завдання здійснено аналіз моделей міждисциплінарних реабілітаційних команд та узагальнено підходи до їх формування, організації взаємодії, супервізійного забезпечення та підготовки майбутніх фахівців до командної роботи на рівні університетських освітніх програм. Установлено, що ефективність мультидисциплінарної реабілітації структурно залежить від узгодженості ролей, процедур командного ухвалення рішень, правил передачі інформації та стандартизованих форматів командних обговорень, включно з механізмами супервізії та навчального зворотного зв'язку. Узагальнено, що освітні програми, які орієнтуються на підготовку до командної роботи, мають включати модулі міжпрофесійної комунікації, тренування командних процесів, розбір кейсів із міжпрофесійними рішеннями, а також інструментальне оцінювання командних проявів компетентності. Уточнено, що консультативна компетентність у цьому контексті виступає наскрізним механізмом забезпечення координації втручань

і підтримання пацієнт-орієнтованих цілей, а тому її розвиток доцільно інтегрувати в структуру практичної підготовки та супервізійних форматів.

У процесі вирішення третього завдання розроблено концепцію та дизайн емпіричного дослідження консультативної компетентності у здобувачів освіти чотирьох професійних груп. Обґрунтовано порівняльний міжгруповий дизайн як методологічно адекватний для виявлення професійно специфічних профілів консультативної компетентності та психологічних механізмів її реалізації. Сформовано мультицентрову вибірку здобувачів випускного року навчання чисельністю 230 осіб, до складу якої увійшли майбутні лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фахівці з терапії та реабілітації, клінічні психологи та соціальні працівники. Операціоналізацію консультативної компетентності здійснено через інтегральний критерій ефективності командної взаємодії та систему психологічних предикторів і регуляторів, які відображають ресурсний, проксимальний і диспозиційний рівні детермінації. Визначено статистичну логіку аналізу даних, яка включає міжгрупові порівняння, аналіз профілів, кореляційні та регресійні процедури, а також моделювання прямих, непрямих і модераційних ефектів із використанням робастних підходів і бутстреп-оцінювання.

Щодо четвертого завдання емпірично визначено моделі консультативної компетентності для кожної професійної групи та підтверджено їхню пояснювальну придатність. Установлено прийнятні показники відповідності SEM/Path-моделей у всіх групах, що дозволило інтерпретувати структуру прямих і непрямих впливів на критерій командної ефективності. Доведено, що у майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини домінує організаційно-координаційний механізм, за якого комунікативно-організаторський ресурс має найбільший прямий внесок у командну ефективність, а когнітивно-ціннісний регулятор підсилює реалізацію цього механізму. У групі терапії та реабілітації встановлено збалансований внесок соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу, при цьому регулятор готовності до змін підсилює

вплив соціо-емоційного каналу на командну ефективність. Для клінічних психологів доведено домінування емоційно-регуляторного механізму, де соціо-емоційна компетентність є головним предиктором командної ефективності, а негативні стратегії подолання мають як опосередковані, так і частково прямі негативні ефекти. Для соціальних працівників встановлено поєднання соціо-емоційного та організаційного механізмів із додатковим прямим внеском когнітивно-ціннісного ресурсу в командну ефективність, а також з його модераційною роллю щодо впливу соціо-емоційної компетентності на командний результат.

Відповідно до п'ятого завдання визначено психологічні чинники, пов'язані з більш сформованою консультативною компетентністю, і сформульовано практичні орієнтири для освітніх та тренінгових програм. Установлено, що більш високій командній ефективності як критеріальному прояву консультативної компетентності статистично відповідає вищий рівень соціо-емоційної компетентності та комунікативно-організаторського ресурсу, а також вищий рівень професійної життєстійкості як фонового ресурсу витримування навантажень. Доведено, що активні стратегії подолання пов'язані з кращими показниками проксимальних механізмів, тоді як дезадаптивні стратегії подолання асоційовані зі зниженням соціо-емоційної компетентності та опосередкованим зниженням командної ефективності, а в окремих професійних контекстах також із прямим негативним внеском. Уточнено, що когнітивно-ціннісні регулятори готовності до змін виступають умовою підсилення ключових шляхів до командної ефективності або часткового послаблення негативного впливу дезадаптивного подолання, залежно від професійної траєкторії. Практичні рекомендації узагальнено у вигляді диференційованої освітньої логіки, яка передбачає для лікарів ФРМ пріоритетний розвиток організаційно-координаційних дій у команді та підтримку їх реалізації через розвиток гнучкості професійного мислення, для фахівців з терапії та реабілітації — поєднання тренування соціо-емоційної регуляції та організаційної взаємодії, для клінічних психологів — акцент на

розвитку соціо-емоційної компетентності й профілактиці дезадаптивного подолання в умовах інтенсивного зворотного зв'язку, для соціальних працівників — розвиток соціо-емоційного керування, переговорності та організаційної маршрутизації з урахуванням центральної ролі когнітивно-ціннісної гнучкості у міжсистемній координації. Додатково обґрунтовано доцільність застосування рубрик і стандартизованих процедур оцінювання консультативної поведінки в команді як інструменту формувального контролю та якості підготовки.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірок і залученні інших спеціальностей реабілітаційного профілю, що дозволить перевірити відтворюваність виявлених професійно специфічних механізмів. Доцільним є проведення лонгітюдних досліджень для визначення причинно-часових залежностей і динаміки розвитку консультативної компетентності від етапу навчання до перших років професійної практики. Потребує подальшої перевірки інваріантність моделей на рівні латентних конструкцій і структурних шляхів, а також уточнення ролі контекстних змінних освітнього середовища, зокрема характеристик супервізії, інтенсивності практичної підготовки та організації міжпрофесійних модулів. Перспективним є зовнішнє валідизування прогностичних підходів до комплектування навчально-практичних команд на основі профілів ресурсів і механізмів, а також експериментальна перевірка ефективності диференційованих тренінгових інтервенцій для кожної професійної групи з використанням стандартизованих критеріїв командної ефективності та спостережуваних показників консультативної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексіна, Н., Лавриненко, Д., Савченко, О., & Герасименко, О. (2024). Коротка шкала подолання “Brief COPE-26”: Українськомовна адаптація та модифікація для онлайн-діагностики. *Інсайт: Психологічні Виміри Суспільства*, (12), 191–227. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-18>
2. Андрійчук, О. Я. (2022). *Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії* [навчально-методичний посібник]. Волинська друкарня.
3. Аравіцька, М. Г., Шеремета, Л. М., Лапковський, Е. Й., Петрик, О. М., Зеленчук, Г. М., Нестеренко, І. Р., & Наконечна, С. П. (2024). Правові основи, проблеми та перспективи освітньої підготовки терапевтів мови і мовлення в галузі охорони здоров'я як членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди з немедичною освітою. *Public Health Journal*, 1, 24–30. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.3>
4. Атрошенко, Т. Ю., & Кірова, Д. О. (2024). Формування громадянської компетентності молоді засобами волонтерської діяльності в умовах воєнного стану. *Педагогічні науки: теорія та практика*, 2(50). <https://doi.org/10.26661/2786-5622-2024-2-13>
5. Барко, В., Барко, В., Макаренко, П., & Бондаренко, В. (2022). Українськомовна адаптація Каліфорнійського психологічного опитувальника для використання в роботі з персоналом органів МВС України. *Вісник Національного Університету Оборони України*, 65(1), 5–23. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-65-1-5-23>
6. Белкова, Т. (2024). Методологічні підходи до формування професійної підготовки майбутніх фахівців із фізичної реабілітації. *The Scientific Issues of Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University Series Pedagogy*, 1, 48–54. <https://doi.org/10.32782/2415-3605.24.1.6>

7. Брич, В. В., Дуб, М. М. (2023). Від організації до втручання мультидисциплінарної реабілітаційної команди. В *Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Ужгород—Житомир, 24 листопада 2023 р.)* (с. 40—43). Ужгородський національний університет.

8. Вдовіченко, О. В., Соколова, І. М., Педченко, О. В., Степанова, С. С., & Фролова, О. В. (2023). Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: Досвід Ізраїлю. *Зешити Наукові Вищої Школи Технічної в Катовіцах*, 16, 107–118. <https://doi.org/10.54264/0066>

9. Вербовська, О., & Кравченко, О. (2023). Комплексна: Соціальна, психологічна, професійна та трудова реабілітація осіб з інвалідністю: З досвіду київського міського центру соціальної, психологічної та трудової реабілітації «аскольд». *Ввічливість. Humanitas*, 4, 3–10. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.1>

10. Верховна Рада України. (2020). Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 4 грудня 2020 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>

11. Грузинова, К. М. (2022). Опитувальник світоглядної пластичності особистості. *Габітус*, 42, 124–131. <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/21.pdf>

12. Губенко, В., Ткаліна А., Ковальова, О., Таран, Г., Федосенко, А., Васильков, А., Совгира, С., Слободянюк, Н., & Литвиненко, Д. (2023). Мультидисциплінарна реабілітація пацієнтів із болем у попереку. *Фітотерапія. Часопис*, 1, 59–66. <https://doi.org/10.32782/2522-9680-2023-1-59>

13. Демчук, В. Б. (2023). Психологічні особливості впливу страху майбутнього на емоційний розвиток осіб із серцево-судинними захворюваннями. *Психологічні Студії*, 2, 56–61. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.2.7>

14. Дуб, М., Брич, В., & Грига, М. (2023). Професійні компетентності фізичного терапевта та його асистента як елемент забезпечення реабілітації. *Україна. Здоров'я Нації*, (2), 167–168. <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/492>
15. Жильцов, А. (2025). Консультативна діяльність як чинник формування компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд. *Наукові Перспективи (Naukovi Perspektivi)*, 10(64). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-10\(64\)-1433-1446](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-10(64)-1433-1446)
16. Жильцов, А. (2025a). Психологічне моделювання консультативної компетентності фахівців реабілітаційних команд. *Наукові Перспективи (Naukovi Perspektivi)*, 9(63). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-9\(63\)-1568-1581](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-9(63)-1568-1581)
17. Жильцов, А. (2025b). Консультативна компетентність як чинник формування іміджу фахівців реабілітаційної сфери. *Наукові Перспективи (Naukovi Perspektivi)*, 7(61). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-7\(61\)-1102-1113](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-7(61)-1102-1113)
18. Зарічнюк, І. Р., & Нестерчук, Н. Є. (2024). Основні аспекти індивідуального реабілітаційного плану у фізичній терапії. *Public Health Journal*, 1, 66–72. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.9>
19. Іванчук, С. А., & Георгян, Н. М. (2023). Сутність і структура етнокультурної компетентності дітей дошкільного віку. *Духовність особистості: Методологія, Теорія і Практика*, 1(105), 58–67. <https://doi.org/10.33216/2220-6310/2023-105-1-58-67>
20. Кабінет Міністрів України. (2021). *Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду* (Постанова № 1268 від 3 листопада 2021 р.). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п>
21. Кабінет Міністрів України. (2023). Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України: Постанова від 29 вересня 2023 р. № 1036.

22. Каліщук, С. М., & Столярчук, О. А. (2025). Роль тренінгу сенситивності у професійній підготовці сімейного психолога. *Наукові Записки. Серія: Психологія*, (2), 59–65. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-2-8>
23. Калюжна, Є. М. (2024). Концептуалізація проблеми самореалізації особистості у професійній
24. площині. У *Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс* (с. 274–276). УКРЛОГОС-груп.
25. Калюжна, Є. М. (2024). Феноменологія самоактуалізації особистості крізь призму психологічних підходів. У *Соціально-психологічні особливості професійної діяльності спеціалістів соціальної сфери: психологічна просвіта в умовах війни* (с. 75–79).
26. Калюжна, Є. М., Лісова, Н. А., & Зінченко, Д. О. (2024). Самоактуалізація та самореалізація: співвідношення і взаємозв'язок із самооцінкою в контексті професіоналізації особистості. *Věda a Perspektivy*, 5(36), 242–254.
27. Калюжна, Є., Вдовіченко, О., & Білогур, В. (2025). Професійна свідомість майбутнього практичного психолога. *Наукові Перспективи (Naukovì Perspektivi)*, 1(55), 1795–1805. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-1795-1805](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-1795-1805)
28. Каряка, І. В. (2023). Особливості розвитку комунікативної компетентності у студентів-психологів. *Психологічні Студії*, 3, 45. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.3.6>
29. Клименко, І. (2023). Розробка україномовної версії опитувальника “Team Effectiveness Questionnaire”. *Україна. Здоров'я Нації*, (4), 12–18. <https://doi.org/10.32782/2077-6594.4.0.2020.220376>
30. Климович, С. М. (2022). Формування комунікативної компетентності майбутніх медсестер в умовах медичного коледжу. *Медсестринство*, 1. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2022.1.12872>

31. Кокун, О. (2021). Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1(1), 90–104.
32. Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Копаниця, О. В., Герасименко, М. В., & Ткаченко, В. В. (2012). *Збірник методик діагностики лідерських якостей курсантського, сержантського та офіцерського складу*. НДЦ ГП ЗСУ.
33. Комар Т., & Горенко М. (2023). Психологічні особливості готовності майбутніх психологів до консультативної діяльності. *Психологічний Журнал*, 11, 25–31.
34. Компанець, Н. (2023). Формування професійної компетентності майбутніх фахівців-реабілітологів. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*, (4), 6–12. <https://doi.org/10.31499/2307-4906.4.2022.269118>
35. Корсунська, В. В. (2023). Теоретичні дефініції щодо розуміння комунікативної компетенції. *XXXII Міжнар. наук. конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених, м. Запоріжжя, 8 листопада 2023 р.* (с. 390–391). Класичний приватний університет
36. Косенко, Ю. (2020). Лінгводидактичні особливості сприймання та розуміння висловлювань української мови іноземними слухачами. *Педагогічні Науки: Теорія, Історія, Інноваційні Технології*, 9(103), 340–353. <https://doi.org/10.24139/2312-5993/2020.09/340-353>
37. Кравець, М. М. (2024). Психологічна реабілітація спортсменів після травм. У *Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту, фізичної реабілітації та туризму у сучасних умовах життя*, (135–138). Liha-Pres. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-383-8-35>
38. Кравець, Н. Ю., & Козьма, Н. В. (2023). Особливості організації групової роботи на уроках української мови у початковій школі. *Наша Школа: Науково-практичні Студії*, 2, 30–36.

39. Кравчук, Л. (2025). Мультидисциплінарна команда у реабілітаційному процесі. *Scientific Collection «InterConf»*, (255), 119–124.
40. Криворучко, Н., & Фредюк, А. (2024). Архітектурно-просторове формування мультифункціональних спортивно-освітніх комплексів: Соціологічний аспект. *International Science Journal of Engineering & Agriculture*, 3(4), 9–29. <https://doi.org/10.46299/j.isjea.2024.0304.02>
41. Миколюк, С., & Миколюк, Н. (2024). Формування комунікативної компетентності майбутніх психологів і соціальних працівників. *Проблеми Гуманітарних Наук. Психологія*, (53), 52–58. <https://doi.org/10.32782/2312-8437.53.2024-1.8>
42. Миндзів, К. В., Гевко, У. П., Попович, Д. В., Вайда, О. В., Бай, А. В., & Бойко, В. І. (2025). Мультидисциплінарна команда як інструмент біопсихосоціальної моделі реабілітації. *Спортивна Медицина, Фізична Терапія та Ерготерапія*, (2), 211–217. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.2.30>
43. Мінсоцполітики України. (2019). Про затвердження професійного стандарту «Соціальний працівник»: Наказ від 4 липня 2019 р. № 1049. <https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/75-1049.pdf>
44. Міщук, Є. Д. (2025). *Оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ «Охматдит»* [Кваліфікаційна робота магістра, Київський столичний університет імені Бориса Грінченка].
45. МОЗ України. (2018). Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників: Наказ від 13 грудня 2018 р. № 2331. <https://zakon.rada.gov.ua/go/v2331282-18>
46. МОН України. (2018). Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня: Наказ від 19 грудня 2018 р. № 1419 (зі змінами, внесеними наказом МОН від 13 січня 2022 р. № 26). https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/63031/

47. МОН України. (2019). Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для другого (магістерського) рівня вищої освіти (Наказ № 556). <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/05/06/231-sotsialna-robota-magistr.pdf>

48. МОН України. (2020). Стандарт вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» для першого (бакалаврського) рівня. <https://mon.gov.ua/npa>

49. МОН України. (2024a). Про внесення змін до стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» для першого (бакалаврського) рівня: Наказ від 29 жовтня 2024 р. № 1541. <https://uapt.org.ua/uk/resource/education/education-standard-bachelor/>

50. МОН України. (2024b). Про внесення змін до стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» для другого (магістерського) рівня: Наказ від 30 жовтня 2024 р. № 1549. <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>

51. Нікітіна, О., Білоцерківська, Ю., Колчигіна, А., & Дацун, Г. (2021). Особливості емоційно-вольової сфери фахівців інклюзивного навчання. *Освіта Осіб з Особливими Потребами: Шляхи Розбудови*, 1(13), 405–417. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i13.127>

52. Новакова, Л. В., & Отрошко, В. Р. (2024). Фізична реабілітація при переломах кісток нижніх кінцівок. *Медсестринство*, (4), 71–73. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.4.15048>

53. Овчаренко, О. Ю. (2022). Психологічні особливості дослідження стресостійкості студентів з інвалідністю. *Науковий Вісник Ужгородського Національного Університету. Серія: Психологія*, (6), 10–17. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.2>

54. Павелків, К., & Чепурка, О. (2021). Здоров'язбережувальна компетентність майбутнього фахівця-фізіотерапевта: нормативно-

дефінітивний аналіз. *Молодь і Ринок*, 4(190), 84–88.
<https://doi.org/10.24919/2308-4634.2021.236338>

55. Паскевська, Ю. А. (2022). Соціально-психологічні особливості професійної діяльності персоналу пенітенціарних установ. *Проблеми Сучасної Психології*, 2(25), 74. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-9>

56. Петяк, О. (2023). Психолого-правові особливості системи юридичної консультативної практики. *Psychology Travelogs*, (2), 113–122.
<https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-9>

57. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. (2021). *Офіційний вебпортал парламенту України*.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

58. Подаваленко, А. П., & Зеленська, Л. Д. (2025). *Розвиток критичного мислення лікарів у системі післядипломної освіти*. ФОП Бровін О. В.

59. Попович, Д. В., Гавліч, Ю. І., & Бойко, В. І. (2024). Фізична реабілітація пацієнтів з політравмою: Сучасні методи та перспективи розвитку. *Медсестринство*, (4), 29–33. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.4.14944>

60. Попович, Д. В., Сімора, Д. С., & Бойко, В. І. (2024). Фізична реабілітація пацієнтів при травматичному ушкодженні верхньої кінцівки. *Медсестринство*, (4), 65–70. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.4.14937>

61. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. (2021). *Офіційний вебпортал парламенту України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

62. Примачок, Л. (2019). Професійна компетентність як інструмент ефективного фахового становлення спеціаліста з фізичної реабілітації. *Психологія Реальність і Перспективи*, 13, 106–115.
https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi13.130

63. Родіна, Н. В., Доценко, О. Ю., Кернас, А. В., Перевязко, Л. П., & Ворнікова, Л. К. (2022). Створення шкали для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки. *Офтальмологічний Журнал*, (3), 65–73.
64. Родіна, Н., Матяш-Заяць, Л., Степаненко, І., Крюкова, О., Горецька, О., & Грек, О. (2023). Взаємозв'язок психотерапії, психокорекції та психоконсультації. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(3), 150–163. <https://doi.org/10.18662/brain/14.3/467>
65. Роменська, Т. (2022). Соціокультурна реабілітація дітей з інвалідністю в умовах війни. *Acta Paedagogica Volynienses*, 6, 96–101. <https://doi.org/10.32782/apv/2022.6.15>
66. Сігова, А. (2025). Formation of communicative competence in future physical therapists through an interdisciplinary approach. *Proceedings of the National Aviation University. Series: Pedagogy, Psychology*, 1(26), 73–80. <https://doi.org/10.18372/2411-264X.26.20178>
67. Стинська, В. (2024). Фасилітативна компетентність як складова професійної компетентності майбутнього соціального працівника. *Соціальна Педагогіка*, (4), 77–84. <https://doi.org/10.12958/1817-3764-2024-4-77-84>
68. Столярчук, О. А. (2025). Апробація методики діагностики професійної фрустрованості особистості. *Слобожанський Науковий Вісник. Серія Психологія*, 1, 125–129. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.23>
69. Федоренко Р. П. (2025). Програма сертифікатного курсу з підвищення професійної компетентності за напрямом «Психологічне консультування різних категорій клієнтів». Вежа-Друк.
70. Шапошникова, І. В. (2024). Соціальна реабілітація в умовах війни: Світовий досвід та проблеми України. *Проблеми Сучасних Трансформацій. Серія: Економіка та Управління*, 12. <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2024-12-07-02>
71. Шашенкова, А. (2023). Апробація опитувальника «Соціо-емоційна компетентність». *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*, 68, 386–401. <https://doi.org/10.34142/23129387.2023.68.25>

72. Швед, М. І., Ястремська, І. О., Мартинюк, Л. П., & Кучмій, В. Ю. (2024). Нові виклики до підготовки студентів-реабілітологів: Специфічні навички та знання для роботи в умовах бойових дій та у післявоєнний період. *Медична Освіта*, (3), 54–58. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2024.3.14964>
73. Швець, Л. В., & Шаповал, І. І. (2024). Сучасна медична освіта: Баланс між традиціями та інноваціями в умовах викликів сьогодення. *Медицина та Фармація: Освітні Дискурси*, (4), 155–158. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2024-4-24>
74. Школьник, М. Б., & Михальчук, В. М. (2022). Реабілітація дітей з інвалідністю: Медико-соціальна характеристика сім'ї. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, (2), 10–15. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13299>
75. Шмалей, С. В., & Редька, І. В. (2024). Симуляційне навчання в системі підготовки медичних працівників. *Педагогічний Альманах*, (56), 75–84. <https://doi.org/10.37915/pa.vi56.572>
76. Мисула, І. Р., Бакалюк, Т. Г. & Голяченко, А. О. (Ред.). (2023). *Актуальні питання фізичної терапії та реабілітації: Збірник наукових праць. ТНМУ.*
77. Горностай, П. П. (2025). *Консультативна психологія: Теорія і практика проблемного підходу* (2-ге вид., перероб. і допов.). Ніка-Центр.
78. Кара, С., Хатунцева, С., & Пшенична, Н. (2022). Зміст та структура професійної компетентності майбутнього фахівця з фізичної терапії та ерготерапії. *Наукові Записки БДПУ. Серія: Педагогічні Науки*, (1), 112–119.
79. Корнієнко, В. В. (2021). *Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості : Монографія.* ПВТП «LAT&K».
80. Кошова, І. В. (Упоряд.). (2017). *Основи психологічної реабілітації: Хрестоматія.* НДУ ім. М. Гоголя.

81. Палагнюк, Ю. В., & Файчук, О. Л. (Ред.). (2022). *Соціальна робота в умовах сучасних викликів: досвід і перспективи розвитку: Колективна монографія*. Видавництво: Ємельянова Т. В.
<https://www.researchgate.net/publication/364294074>
82. Панок, В. Г., Чаплак, Я. В., & Андреева Я.Ф. (2019). *Основи психологічної допомоги: Теорія та практика психоконсультування : навчальний посібник*. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича.
83. Поліщук, В., Горішна, Н., Слозанська, Г., Попович, А., Лещук Г., Главацька О., Бриндіков Ю., Петришин Л., Калаур С., Пришляк О., Богуцька А., Олексюк, Н., & Логвиненко Т. (2018). *Соціальна робота з різними категоріями населення у територіальній громаді: українські реалії та міжнародний досвід : колективна монографія*. Видавництво: Осадца Ю. В.
84. Федько, С. Л. (2020). Культуродоцільний підхід у психологічному консультуванні: Генезис феномену. *Актуальні Проблеми Психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*, (5), 268–280.
85. Федько, С. Л. (2023). Культуродоцільність психологічної допомоги: Клінічні підстави. *Перспективи та Інновації Науки*, 1(19), 503–514.
86. Хомич, Г. О., & Ткач, Р. М. (2004). *Основи психологічного консультування : навчальний посібник*. МАУП.
87. Царенко, Л. (Ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник* (Т. 2).
88. Чуйко, О. В. (Ред.). (2021). *Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації : монографія*. Київський університет.
89. Al Jabri, F. Y. M., Kvist, T., Azimirad, M., & Turunen, H. (2021). A Systematic Review of Healthcare Professionals' Core Competency Instruments. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 87–102. <https://doi.org/10.1111/nhs.12804>
90. Albright, J., Rushworth, S., Kuriyan, A., Duresso, B., Testa, S., & Wolk, C. (2025). Feasibility and Acceptability of an Adapted Evidence-Based Team

Training Approach from Health Care to the Early Intervention Context: A Brief Report. *Journal of Early Intervention*, 47, 361–373. <https://doi.org/10.1177/10538151251337715>

91. Albu, S., Rivas Zozaya, N., Murillo, N., García-Molina, A., Figueroa Chacón, C. A., & Kumru, H. (2022). Multidisciplinary Outpatient Rehabilitation of Physical and Neurological Sequelae and Persistent Symptoms of COVID-19: A prospective, observational cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 44(22), 6833–6840.

92. Alves, E. C. S., Santos, S. P. dos, Torres, J. D. R. V., Brandão, S. S. S., Martins, A. G. e, Oliveira, M. K. S., Ribeiro, C. D. A. L., Barbosa, H. A., Soares, R. G., Evangelista, C. B., Souto, S. G. T., Pereira, V. G., Silva, G. F., Rocha, D. B., & Silva, C. S. de O. e. (2024). Personality Hardiness and Its Associated Factors in Healthcare Professionals in Hospital Services: A systematic review. *Caderno Pedagógico*, 21(8), e7017. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n8-206>

93. An, Z., Li, K., Yang, X., Ke, J., Xu, Y., Zhang, X., Meng, X., Luo, X., & Yu, L. (2024). Community-Based Rehabilitation Services Implemented by Multidisciplinary Teams among Adults with Stroke: A scoping review with a focus on Chinese experience. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18218-1>

94. Andriichuk, O. Ya., Stepanenko, V. V., Petryshyn, L. Y., Stepanenko, V. I., Fedchyshyn, N. O., & Hryniv, N. I. (2023). Awareness formation of specific approaches in the work with individuals who have post-traumatic stress disorder among higher education students specialty 227 therapy and rehabilitation. *Медицина Освіта*, 4. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.4.14462>

95. Azcárraga, M., & Derive, S. (2023). *Implementation of an Ethics Committee in a University Mental Health Clinic*. *Journal of Bioethical Inquiry*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10301-3>

96. Baldassarre, I., Rotondo, R., Piccardi, L., Leonardi, L., Lanni, D., Gaglione, M., Stocchi, F., Fini, M., Goffredo, M., Padua, E., & De Pandis, M.

(2024). The Effects of Multidisciplinary Intensive Rehabilitation on Cognitive and Executive Functions in Parkinson's Disease: A Clinical Database Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13. <https://doi.org/10.3390/jcm13133884>

97. Batt, A., Williams, B., Rich, J., & Tavares, W. (2021). A Six-Step Model for Developing Competency Frameworks in the Healthcare Professions. *Frontiers in Medicine*, 8, 789828. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.789828>

98. Belkova, T., & Kushniruk, S. (2024). The system of professional training of future specialists in physical rehabilitation (physical therapy and occupational therapy) in the universities of the USA. *Pedagogy of the Formation of a Creative Person in Higher and Secondary Schools*, 92, 131–135. <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.21>

99. Beamish, N. F., Footer, C., Lowe, R., & Cunningham, S. (2024). Entry-to-Practice Rehabilitation Competencies and the Rehabilitation Competency Framework: A gap analysis. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 6(4), 100364. <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2024.100364>

100. Beamish, N., Footer, C., Lowe, R., & Cunningham, S. (2024). Rehabilitation Professions' Core Competencies for Entry-Level Professionals: A thematic analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 38(1), 32–41. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2241519>

101. Becker, S., Körner, M., Müller, C., Lippenberger, C., Rundel, M., & Zimmermann, L. (2017). Development and pilot testing of an interprofessional patient-centered team training programme in medical rehabilitation clinics in Germany: a process evaluation. *BMC Medical Education*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0960-x>

102. Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The Significance of Cooperation in Interdisciplinary Health Care Teams as Perceived by Polish Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>

103. Butska, L., Varina, H., Bondar, L., & Mialovytska, O. (2025). Study on medical professionals' attitudes and awareness of multidisciplinary rehabilitation in

pain syndromes. *Wiadomosci Lekarskie*, 78 (6), 1083–1090.
<https://doi.org/10.36740/wlek/207369>

104. Byrne, B. M. (2008). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis.

105. Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., & Bellamy, C. (2022). Effective Peer Employment within Multidisciplinary Organizations: Model for best practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(2), 283–297.

106. Cadet, T. J., Cusimano, J., McKearney, S., & Honaker, J. A. (2023). Describing the evidence linking interprofessional education interventions to improving the delivery of safe and effective patient care: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 37, 476–485.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2283119>

107. Camerlengo, H. (2019). Ethical Challenges for Psychologists Providing Inpatient Mental Health Care. *Clinical Psychology in the Mental Health Inpatient Setting*. <https://doi.org/10.4324/9780429464584-7>

108. Campos, C. F. C., Olivo, C. R., de Arruda Martins, M., & Tempiski, P. Z. (2024). Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. *Clinics*, 79, 100377. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100377>

109. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.

110. Cassill, C. K. (2021). *The Relationship between Interdisciplinary Team Cohesion and Burnout in Cognitive Rehabilitation* (Doctoral dissertation). University of Texas Southwestern Medical Center. utswned-ir.tdl.org

111. Chepurka, O. (2020). The essence of the concept of “professional training of future specialists in physical rehabilitation” in the context of the modern educational paradigm. *Innovations in Education*, 1(12), 285–293.
<https://doi.org/10.35619/iiu.v1i12.323>

112. Chouliara, N., Cameron, T., Byrne, A., Lewis, S., Langhorne, P., Robinson, T., Waring, J., Walker, M., & Fisher, R. (2023). How do stroke early supported discharge services achieve intensive and responsive service provision? Findings from a realist evaluation study (WISE). *BMC Health Services Research*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09290-1>
113. Christophers, L., Torok, Z., Cornall, C., Henn, A., Hudson, C., Whyte, T., & Carroll, Á. (2023). Interdisciplinary Teamworking in Rehabilitation: Key learnings and perceived challenges to change from healthcare professionals at a National Rehabilitation Hospital. *International Journal of Integrated Care*. <https://doi.org/10.5334/ijic.icic23514>
114. Christophers, L., Torok, Z., Trayer, Á., Hong, G., & Carroll, Á. (2025). Interdisciplinary Teamworking in Rehabilitation: experiences of change initiators in a national rehabilitation hospital. *BMC Health Services Research*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12795-6>
115. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
116. Coenen, M., Kus, S., Rudolf, K.-D., Müller, M., Schwarzkopf, S.-R., Stucki, G., & Cieza, A. (2020). Do patient-reported outcome measures in musculoskeletal rehabilitation have the potential to be used as indicators for a pay-for-performance system? *Disability and Rehabilitation*, 42(7), 1011–1023. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534004>
117. Conradie, T., Berner, K., & Louw, Q. (2022). Rehabilitation Workforce Descriptors: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 1169. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08531-z>
118. Consensus AI. (2025). Consensus Academic Search Tool [AI-based search engine]. Retrieved from <https://consensus.app>

119. Corrigan, P., & Mccracken, S. (1999). Rehab Rounds: Training Teams to Deliver Better Psychiatric Rehabilitation Programs. *Psychiatric Services*, 50, 43–45. <https://doi.org/10.1176/ps.50.1.43>
120. Craner, J. R., Flegge, L. G., Lake, E. S., & Perra, A. E. A. (2022). Patients with clinically elevated depressive symptoms report improvements in mood, pain, and functioning following participation in interdisciplinary pain rehabilitation. *Pain Medicine*, 23(2), 362–374. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab276>
121. Cui, S., Zhang, S., Ren, H., Zhang, Y., & Geng, L. (2025). Efficacy of Multidisciplinary Team-Based Cardiopulmonary Rehabilitation in Improving Outcomes for Patients with Intensive Care Unit-Acquired Weakness: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 5729–5741. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s537603>
122. Dargahi, H. (2021). Organizational Behaviour Management in Clinical Laboratory: A literature review. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 210. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1000_20
123. De Groef, A., Van Bogaert, G., Verlinden, K., Hermans, L., & Meeus, M. (2021). Interdisciplinary care networks in rehabilitation care for patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(9), 2041. <https://doi.org/10.3390/jcm10092041>
124. De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2021). Organizational Strategies to Reduce Physician Burnout: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(4), 883–894. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>
125. Dimla, B., Parkinson, L., Wood, D., & Powell, Z. (2023). Hospital Discharge Planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing*, 42(1), 20–33. <https://doi.org/10.1111/ajag.13138>
126. Domínguez-Aragón, A., Vázquez-Baeza, C., Vilar-Cornet, E., & Guilera, G. (2024). Cultural Competence Interventions in European Healthcare: A

scoping review. *Healthcare*, 12(10), 1040.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>

127. Doornebosch, A. J., Achterberg, W. P., & Smaling, H. J. A. (2024). Factors influencing interprofessional collaboration in long-term care and geriatric rehabilitation: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 24, 285.
<https://doi.org/10.1186/s12909-024-05291-8>

128. Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764–777.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028>

129. Dovgopolyi, O. S., & Prokopovych, O. A. (2024). Psychosocial rehabilitation of combatants and those injured during the war: Structure of the main psychological disorders among military personnel and determination of the role of the nurse in the rehabilitation process. *Медсестринство*, 167.
<https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.1.14472>

130. Drenth, H., Krijnen, W., Van Der Weerd, L., Reinders, J., & Hobbelen, H. (2023). Nursing home geriatric rehabilitation care and interprofessional collaboration; a practice-based study. *BMC Geriatrics*, 23.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04212-6>

131. Dyess, A. L., Brown, J. S., Brown, N. D., Flautt, K. M., & Barnes, L. J. (2019). Impact of interprofessional education on students of the health professions: A systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16, 33. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.33>

132. Fantus, S., Cole, R., Usset, T., & Hawkins, L. (2024). Multi-Professional Perspectives to Reduce Moral Distress: A qualitative investigation. *Nursing Ethics*, 31, 1513–1523. <https://doi.org/10.1177/09697330241230519>

133. Fastivets, A. (2021). Genesis and current state of professional training of physical therapy and ergotherapy specialists in the higher educational system of Ukraine. *Pedagogical Sciences*, 77, 49–54.
<https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewById/1522066>

134. Fisher, R., Russell, L., Riley-Bennett, F., Cameron, T., Walker, M., & Sackley, C. (2023). Barriers and facilitators in providing home-based rehabilitation for stroke survivors with severe disability in the UK: an online focus group study with multidisciplinary rehabilitation teams. *BMJ Open*, 13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071217>
135. Flegge, L. G., Lake, E., Truesdale, C., & Craner, J. R. (2022). Sex Differences in Interdisciplinary Pain Rehabilitation Outcomes: A systematic review. *Scandinavian Journal of Pain*, 22(2), 218–231. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0099>
136. Forsey, J., Ng, S. L., Rowland, P., Freeman, R., Li, C., & Woods, N. N. (2021). The Basic Science of Patient–Physician Communication: A critical scoping review. *Academic Medicine*, 96(11S), S109–S118. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004323>
137. Galderisi, S., Appelbaum, P., Gill, N., Gooding, P., Herrman, H., Melillo, A., Myrick, K., Pathare, S., Savage, M., Szmukler, G., & Torous, J. (2024). Ethical Challenges in Contemporary Psychiatry: An overview and an appraisal of possible strategies and research needs. *World Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1002/wps.21230>
138. Geertzen, J., Rommers, G., & Dekker, R. (2011). An ICF-based education programme in amputation rehabilitation for medical residents in the Netherlands. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(3), 318–322. <https://doi.org/10.1177/0309364611409697>
139. Geese, F., & Schmitt, K.-U. (2023). Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*, 11(3), 359. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030359>
140. Gervais-Hupé, J., Filleul, A., Perreault, K., & Hudon, A. (2023). Implementation of a Biopsychosocial Approach into Physiotherapists' Practice: A review of systematic reviews to map barriers and facilitators and identify specific behaviour change techniques. *Disability and Rehabilitation*, 45(13), 2263–2272. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2101602>

141. Ghafouri, N., Bäckryd, E., Dragioti, E., Rivano Fischer, M., Ringqvist, A., & Gerdle, B. (2023). Effects of interdisciplinary pain rehabilitation programs on neuropathic and non-neuropathic chronic pain conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24, 357. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06446-w>
142. Ghanbari, S., & Bazrafkan, L. (2019). Faculty member's experience regarding rehabilitation teamwork education in Iran (A descriptive exploratory qualitative study). *Journal of Education and Health Promotion*, 8. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_217_18
143. Giacino, J., Whyte, J., Nakase-Richardson, R., Katz, D., Arciniegas, D., Blum, S., Day, K., Greenwald, B., Hammond, F., Pape, T., Rosenbaum, A., Seel, R., Weintraub, A., Yablon, S., Zafonte, R., & Zasler, N. (2020). Minimum Competency Recommendations for Programs that Provide Rehabilitation Services for Persons with Disorders of Consciousness: A Position Statement of the American Congress of Rehabilitation Medicine and the National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research Traumat. Archives of physical medicine and rehabilitation. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.01.013>
144. Gibb, T., Crutchfield, P., Redinger, M., & Minser, J. (2021). Ethical and Professional Considerations in Integrated Behavioral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 68(3), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.02.004>
145. Gladding S. T. (2000). *Counseling: A Comprehensive Profession* (4th ed.). Merrill Prentice Hall.
146. Goldman, J. G., Volpe, D., Ellis, T. D., Hirsch, M. A., Johnson, J., Wood, J., ... Wallock, K. (2024). Delivering multidisciplinary rehabilitation care in Parkinson's disease: An international consensus statement. *Journal of Parkinson's Disease*, 14(1), 135–166.
147. Goudman, L., De Groote, S., De Smedt, A., Moens, M., Putman, K., Camberlin, M., Godderis, L., & Goudman, L. (2024). Biopsychosocial Rehabilitation in the Working Population with Chronic Low Back Pain: A concept analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 56, 13454. <https://doi.org/10.2340/jrm.v56.13454>

148. Grammarly Inc. (2025). Grammarly AI Writing Assistant [Software]. <https://www.grammarly.com>
149. Grund, S., Gordon, A. L., van Balen, R., Hartley, P., Cunningham, C., Achterberg, W., Schols, J., & Mayer, H. (2020). European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation. *European Geriatric Medicine*, 11, 233–238. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00296-w>
150. Guerra, S., Lambe, K., Manolova, G., Sadler, E., & Sheehan, K. J. (2022). Multidisciplinary team healthcare professionals' perceptions of current and optimal acute rehabilitation, a hip fracture example: A UK qualitative interview study informed by the Theoretical Domains Framework. *PLOS ONE*, 17(11), e0277986.
151. Guraya, S. Y., & Barr, H. (2018). The Effectiveness of Interprofessional Education in Healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Medical Teacher*, 40(1), 1–11.
152. Halpin, S., McIvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., Walshaw, C., Kemp, S., Corrado, J., Singh, R., Collins, T., O'Connor, R., & Sivan, M. (2020). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross - sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*, 93, 1013–1022. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
153. Harenwall, S., Heywood-Everett, S., Henderson, R., Godsell, S., Jordan, S., Moore, A., Philpot, U., Shepherd, K., Smith, J., & Bland, A. (2021). PostCovid-19 Syndrome: Improvements in Health-Related Quality of Life Following Psychology-Led Interdisciplinary Virtual Rehabilitation. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501319211067674>
154. Hass, U., Zimmer, J., Luizink-Dogan, M., Voeller, H., Meyer-Feil, T., & Salzwedel, A. (2025). Interprofessional Collaboration in Medical Rehabilitation: how can it succeed? Results from employee's perspective. *European Journal of Preventive Cardiology*. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf236.329>

155. Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). Guilford Press.
156. Hem, M., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2018). The Significance of Ethics Reflection Groups in Mental Health Care: A focus group study among health care professionals. *BMC Medical Ethics*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0297-y>
157. Hosseini, Z., Pourjalil, F., & Homayuni, A. (2024). Investigating the correlation between health-promoting lifestyle and health hardiness with quality of life. *BMC Psychology*, 12(1), 511. doi:10.1186/s40359-024-02012-0
158. Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Aßmus, J., & Hetlevik, Ø. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care. *BMC Health Services Research*, 18, Article 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3530-0>
159. Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Moen, V. P., Abetamus, J., & Hetlevik, O. (2018). The effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: A longitudinal survey-based study. *BMC Health Services Research*, 18, 719. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3530-0>
160. Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Moen, V. P., Abetamus, J., & Hetlevik, O. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-perceived coordination. *BMC Health Services Research*, 18, 719. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3530-0>
161. Ingwersen, T., Wolf, S., Birke, G., Kühn, N., Stang, A., Gallinat, J., & Kühn, S. (2023). On the rising potential of interdisciplinary rehabilitation in neurological disorders: A mini-review. *Frontiers in Neurology*, 14, 1180074. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1180074>
162. Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 update*. Washington, DC: Author.

163. Jamal, Y., Yaseen, F., & Khalid, M. (2025). Serial mediating role of hardiness and positive reinterpretation in optimism and work place stress among young doctors. *Work*, 82(3), 798–805. doi:10.1177/10519815251350142
164. Judkins, J., Moore, B., & Colette, T. (2020). Psychological Hardiness. In *The Routledge Research Encyclopedia of Psychology Applied to Everyday Life*. Routledge. doi:10.4324/9780367198459-REPRW120-1
165. Kaihlaniemi, A., Laukka, E., Meriläinen, M., & Elo, S. (2023). Health care professionals' experiences of counselling competence in digital care pathways: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 10(6), 3729–3738. <https://doi.org/10.1002/nop2.1729>
166. Kaihlaniemi, A., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., Männistö, M., & Kuivila, H. (2023). Nurses' Competence in Patient Counselling: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(6), 4038–4047. <https://doi.org/10.1002/nop2.1729>
167. Karhula, M., Saukkonen, S., Xiong, E., Kinnunen, A., Heiskanen, T., & Anttila, H. (2021). ICF personal factors strengthen commitment to person-centered rehabilitation: A scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, 709682. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682>
168. Karnieli-Miller, O., Michael, K., Gothelf, A. B., Palombo, M., & Meitar, D. (2021). The associations between reflective ability and communication skills among medical students. *Patient Education and Counseling*, 104(1), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.028>
169. Kebe, N., Chiocchio, F., Bamvita, J., & Fleury, M. (2019). Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration on teams. *SAGE Open Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/2050312119841467>
170. Khan, F., Amatya, B., de Groote, W., Szeto, G., & Nurhayati, F. (2018). Capacity-building in clinical skills of rehabilitation workforce in low- and middle-income countries. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(6), 472–479. <https://doi.org/10.2340/16501977-2313>
171. Khatuntseva, S., Kara, S., Pshenychna, N., Rastorhueva, I., & Yefimova, A. (2022). The formation of professional competence of future physical

therapists in the process of studying biological subjects. *Pedagogy of the Formation of a Creative Person in Higher and Secondary Schools*, 2(80), 183–187. <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2022.80.2.37>

172. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. doi:10.1037//0022-3514.37.1.1 [PubMed](#)

173. Koch, L., Gitchel, D., & Higgins, K. (2009). Preparing Students to Be Empathic Interdisciplinary Rehabilitation Team Members. *Rehabilitation Education*, 23, 119–126. <https://doi.org/10.1891/088970109805059182>

174. Kokun, O. (2023). Incidence of occupational hardiness under the influence of extreme war factors. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 39(2), 139–156. <https://doi.org/10.1080/15555240.2023.2251681>

175. Kokun, O. (2024). Incidence of occupational hardiness under the influence of extreme war factors. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 39(2), 139–156. doi:10.1080/15555240.2023.2251681 [tandfonline.com](https://www.tandfonline.com)

176. Kokun, O., Aleshchenko, V., Osyodlo, V., Pischko, I., & Lozinska, N. (2024). Personality and Health in Military Context: A study of combatants and injured servicemen. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 7(1), 71–80. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207>

177. Kolisnyk, S., Muryn, O., & Svyst, O. (2025). Comprehensive rehabilitation of a serviceman with triple limb amputation following combat polytrauma: a case study from Ukraine's wartime context. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 57. <https://doi.org/10.2340/jrm.v57.42950>

178. Kompanets, N. (2022). Formation of professional competence for the future rehabilitation specialists. *Collection of Scientific Papers of Uman State Pedagogical University*, 4, 6–12. <https://doi.org/10.31499/2307-4906.4.2022.269118>

179. Kongkar, R., Ruksakulpiwat, S., Phianhasin, L., Benjasirisan, C., Niyomyart, A., Ahmed, B. H., Puwarawuttipanit, W., Chuenkongkaew, W. L., & Adams, J. (2025). The impact of interdisciplinary team-based care on the care and

outcomes of chronically ill patients: A systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 445–457.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S497846>

180. Koocher, G., & Hoffman, J. (2020). Ethical Issues for Psychologists in Medical Settings. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch169>

181. Körner, M. (2010). Interprofessional Teamwork in Medical Rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24(8), 745–755.
<https://doi.org/10.1177/0269215510367538>

182. Kupzyk, S., Bassingthwaite, B., Weaver, A., & Nordness, P. (2023). Interdisciplinary Collaborative Practice in Early Childhood. Perspectives on Early Childhood Psychology and Education. <https://doi.org/10.58948/2834-8257.1028>

183. Kushniruk, S., Bielkova, T., Tsybulko, L., Kushniruk, I., Vozniuk, O., & Ihnatenko, I. (2026). Structuring the content of professional training for future specialists on using modern rehabilitation tools. *Veredas do Direito*.
<https://doi.org/10.18623/rvd.v23i55.4667>

184. Lammila-Escalera, E., Greenfield, G., Barber, S., Nicholls, D., Majeed, A., & Hayhoe, B. W. J. (2022). A systematic review of interventions that use multidisciplinary team meetings to manage multimorbidity in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 22(4), 1–16.
<https://doi.org/10.5334/ijic.6566>

185. Langhorne, P., Ramachandra, S., & Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2020). Organized inpatient (stroke unit) care for stroke: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* / related open-access synthesis.

186. Laukka, E., Pölkki, T., Jounila-Ilola, P., Palokangas, T., Elo, S., & Meriläinen, M. (2023). Patients' experiences of healthcare professionals' competence in digital counselling in healthcare settings: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(4), 1598–1610.
<https://doi.org/10.1111/jan.16578>

187. Leonardi, M., & Fheodoroff, K. (2021). Goal setting with ICF and multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation. In T. Platz (Ed.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_3
188. Liechti, S., Tseli, E., Taeymans, J., & Grooten, W. (2023). Prognostic factors for quality of life after interdisciplinary pain rehabilitation in patients with chronic pain: A systematic review. *Pain Medicine*, 24(1), 52–70. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac099>
189. Lunov, V., & Didukh, M. (2025). Rehabilitation Potential in Patients with Chronic Illness: The role of illness and health representations, resilience, and cognitive style. *Naukovi Perspektyvy*, 3(57), 1208–1221. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3\(57\)-1208-1221](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3(57)-1208-1221)
190. Lunov, V., Abdriakhimov, R., Abdriakhimova, T., Kleban, K., Lunov, V., Matiash, M., Pavlov, A., Rozhkova, I., Sereda, S., Tkach, B., Voitovych, H., & Yevdokymova, N. (2025). Neuroscience, Metacognition, and Digital Frontiers in Psychology: Contemporary perspectives and practical innovations. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17277980>
191. Lunov, V., Matiash, M., Abdriakhimova, T., Pavlov, A., & Dzeruzhynska, N. (2024). Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM) for Men amidst Russia-Ukraine Conflict: Navigating Psychosomatic Health. *Health of Man*, 1, 49–57. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2024.303827>
192. Lunov, V., Prudka, L., Rudenko, Y., & Prints, V. (2024d). Neuropsychology of Chronic Fatigue Syndrome in Civilian Population in War Conditions. *International Neurological Journal*, 20(7), 382–393. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.7.2024.1118>
193. Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160–168. doi:10.1080/17439760600619609
194. Mahmoud, M. A., Abdelrahim, S. M., Hamed, A. E. M., Zoromba, M. A., & Mohamed, A. F. (2025). Fortifying the Nursing Workforce: Nursing-led

psychological capital interventions to advance resilience, occupational hardiness, and engagement: A randomized controlled trial. *International Nursing Review*, 72(3), e70094. doi:10.1111/inr.70094

195. Masood, M., Guitar, N., Connelly, D., & Nguyen, A. (2024). Nurses' Descriptions of Interdisciplinary Interactions in Stroke and Geriatric Rehabilitation Units: A Case Example of the Registered Practical Nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 81, 2586–2603. <https://doi.org/10.1111/jan.16501>

196. Matiash, M., Lunov, V., Prudka, L., Rudenko, Y., & Prints, V. (2024). Neuropsychology of Chronic Fatigue Syndrome in Civilian Population in War Conditions. *International Neurological Journal*, 20(7), 382–393. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.7.2024.1118>

197. Mehra, P., & Mishra, A. (2021). Role of communication, influence, and satisfaction in patient recommendations of a physician. *Vikalpa*, 46(2), 99–111. <https://doi.org/10.1177/02560909211027090>

198. Merkt, H., Haesen, S., Eytan, A., Habermeyer, E., Aebi, M., Elger, B., & Wangmo, T. (2021). Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: findings from a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00688-2>

199. Mete, M., Goldman, C., Shanafelt, T., & Marchalik, D. (2022). Impact of leadership behaviour on physician well-being, burnout, professional fulfilment and intent to leave: A multicentre cross-sectional survey study. *BMJ Open*, 12(6), e057554. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057554>

200. Mills, J. A., Cieza, A., Short, S. D., & Middleton, J. W. (2021). Development and validation of the WHO rehabilitation competency framework: A mixed methods study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(6), 1113–1123. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.129>

201. Moldovanov, A. (2024). The essence and structure of the facilitation competence of a social worker. *Scientific Bulletin of Uzhhorod University Series «Pedagogy Social Work»*, 1(54), 133–136. <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2024.54.133-136>

202. Molewijk, B., Hem, M., & Pedersen, R. (2015). Dealing with Ethical Challenges: A focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-4>
203. Moroz, O., & Lunov, V. (2025). Human resilience under stressful conditions: The role of adaptive psychological mechanisms. *Naukovì Perspektivy*, 5(59), 1671–1683. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-5\(59\)-1671-1683](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-5(59)-1671-1683)
204. Motyl, J. M., Kligler, B., Cheval, M., Freel, J. A., Goldstein, M. B., Wylonis, L., & Bokhour, B. G. (2022). Professional identity and role negotiation in an integrative health clinic: A mixed-methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 542–550. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1945225>
205. Müller, C., Plewnia, A., Becker, S., Rundel, M., Zimmermann, L., & Körner, M. (2015). Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation – A qualitative study. *BMC Medical Education*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0413-3>
206. Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C., & Pols, J. (2021). Frying eggs or making a treatment plan? Frictions between different modes of caring in a community mental health team. *Sociology of Health & Illness*, 43, 1581–1597. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13346>
207. Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
208. Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser, V., Christodoulou, N., Varela, E., Giustini, A., & Delarque, A. (2010). Interdisciplinary Team Working in Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(1), 4–8. <https://doi.org/10.2340/16501977-0483>
209. O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

210. O'Reilly, M., et al. (2021). A Framework for Interprofessional Case Conferences in Healthcare Settings. *BMC Health Services Research* (open-access).

211. O'Sullivan, C., Buckley, C., Forde, C., & McAuliffe, E. (2025). Interdisciplinary Teamworking in Rehabilitation: Experiences of change initiators in a national rehabilitation hospital. *BMC Health Services Research*, 25, 651. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12795-6>

212. O'Sullivan, D., Goggin, C., & Kelly, C. (2025). Defining the Roles of an Inpatient Interdisciplinary Rehabilitation Team. *BMC Health Services Research*, 25, Article 287. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12795-6>

213. Oddli, H. W., Heinonen, E., Hau, S., Nielsen, J., Esterhazy, R., Hoff, C. H., & Strømme, H. (2021). Learning processes and acquisition of knowledge and skills in training and supervision of psychotherapy and counselling: A study protocol for a scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, 718314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718314>

214. Oddli, H. W., Kjøs, P., Halvorsen, M. S., & Aarø, L. E. (2021). Trainee Therapists' Accounts of Their First Counselling Experiences. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 718314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718314>

215. OpenAI. (2025). ChatGPT (version GPT-5) [Large language model]. <https://chat.openai.com>

216. Ostrowska, M., Rzepka-Cholasińska, A., Pietrzykowski, Ł., Michalski, P., Kosobucka-Ozdoba, A., Jasiewicz, M., ... Kubica, A. (2023). Effects of multidisciplinary rehabilitation program in patients with long COVID-19: Post-COVID-19 rehabilitation (PCR SIRIO 8) study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 420.

217. Paalimäki-Paakki, K., Virtanen, M., Henner, A., Nieminen, M. T., & Meriläinen, M. (2022). Patients' experiences of the quality of digital counselling in healthcare: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(11–12), 1429–1444. <https://doi.org/10.1111/jocn.15978>

218. Palermo, C., Aretz, H. T., & Holmboe, E. S. (2022). Editorial: Competency frameworks in health professions education. *Frontiers in Medicine*, 9, 1034729. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1034729>

219. Papageorgi, I., Falzon, N., Sokolova, L., Stuchlikova, I., Salvatore, S., Williamson, M., Foster, J., Pavlin-Bernardic, N., Beara, M., Bakker, H., & Dutke, S. (2024). Skills and competencies gained from a psychology bachelor's degree: European graduates' perspectives. *Psychology Learning & Teaching*, 23(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/14757257231187532>

220. Parkin, A., Davison, J., Tarrant, R., Ross, D., Halpin, S., Simms, A., Salman, R., & Sivan, M. (2021). A Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211010994>

221. Pauling, M. (2023). Developing Counselling Skills in Trainee Practitioners. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(3), 612–621. <https://doi.org/10.1002/capr.12672>

222. Pauling, M. H. (2023). Addressing Social Determinants of Mental Health in Therapy: A thematic synthesis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(3), 721–733. <https://doi.org/10.1002/capr.12672>

223. Perna, S., Mazzola, G., Seniga, M., Barrile, G., Torello, I., Moroni, A., Mansueto, F., Lazzarotti, A., Veronica, V., Gasparri, C., & Rondanelli, M. (2025). The Impact of a Multidisciplinary Residential Program (MRP) on Body Composition, Psychological Well-Being, and Hematochemical Parameters in Hospitalized Obese Patients. *Nutrients*, 17. <https://doi.org/10.3390/nu17132108>

224. Persson, H. C., Reinholdsson, M., Lange, E., Barna, S., & Palstam, A. (2025). Advancing Sustainable Healthcare through Multidisciplinary Stroke Team Rehabilitation. *Frontiers in Stroke*, 3, 1509831. <https://doi.org/10.3389/fstro.2024.1509831>

225. Preitschopf, A., Holstege, M., Ligthart, A., Dekker, J., Oostendorp, R., & Veenhof, C. (2023). Effectiveness of outpatient geriatric rehabilitation after

inpatient geriatric rehabilitation or hospitalisation: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 52, afac300. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac300>

226. Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement Invariance Conventions and Reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, 41, 71–90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>

227. Rathore, F. A., Anwar, F., & Younas, U. (2024). Multidisciplinary Team Working in Rehabilitation Medicine: Advantages and challenges. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 74(2), 409–412. <https://doi.org/10.47391/JPMA.24-13>

228. Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

229. Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional Education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

230. Regalado, I. C. R., Lindquist, A. R., Cardoso, R., Moraes, A. P., & Santos, L. H. C. (2023). Knowledge translation in rehabilitation settings in low, lower-middle and upper-middle-income countries: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45(3), 376–390. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2030415>

231. Riis-Djernæs, L. M., Jensen, C. M., Madsen, E., & Maribo, T. (2021). Should rehabilitation goals reflect all aspects of functioning in relation to a biopsychosocial ICF perspective? *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1669–1674. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1672108>

232. Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (preprint/PDF).

233. Rodina, N., Khavula, R., Chuyko, O., Korniienko, I., Bogdan, Z., & Kichuk, A. (2024). Stress Resistance of Personality in the Conditions of Organizational Culture in Ukraine: Specific dependent phenomena. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 15(2), 175–190.
234. Rogers, L., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2023). Exploring healthcare staff narratives to gain an in-depth understanding of changing multidisciplinary team power dynamics during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 23, 419. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09406-7>
235. Sak, L., Yachnyk, S., & Kurach, O. (2025). Multidisciplinary approach to the treatment of post-concussion syndrome and post-traumatic stress disorder: Integration of psychiatry, psychology, neurology and physical therapy. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 10(2). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i2.623>
236. Sanders, P., Wadey, R., Day, M., & Winter, S. (2020). Prosthetic Rehabilitation in Practice: An Exploration of Experiential Knowledge in the Multidisciplinary Team. *Qualitative Health Research*, 31, 309–322. <https://doi.org/10.1177/1049732320933272>
237. Scherer, A., Alt-Epping, B., Nauck, F., & Marx, G. (2019). Team members perspectives on conflicts in clinical ethics committees. *Nursing Ethics*, 26, 2098–2112. <https://doi.org/10.1177/0969733019829857>
238. Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on Working Together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342.
239. Sekerci, Y. G., Ayvazoglu, G., & Cekic, M. (2023). Investigation of the level of occupational commitment and psychological hardiness in disaster workers. *International Journal of Caring Sciences*, 16(3), 1595–1607. [Studies Publicações](#)
240. Shiraly, R., Mahdaviazad, H., & Pakdin, A. (2021). Doctor-Patient Communication Skills: A survey on knowledge and practice of Iranian family

physicians. *BMC Family Practice*, 22, 130. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01491-z>

241. Siahtiri, N., Ghanbary Panah, A., & Hassani, F. (2023). The role of psychological hardiness in a causal model of job burnout based on health anxiety, work-family conflict, and tolerance of ambiguity: The case of the Iranian Offshore Oil Company. *Strategic Studies in Petroleum and Energy Industry*, 14(55).

242. Singh, R., Küçükdeveci, A., Grabljevec, K., & Gray, A. (2018). The role of Interdisciplinary Teams in Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(6), 673–678. <https://doi.org/10.2340/165019772364>

243. Sivan, M., Halpin, S., Hollingworth, L., Snook, N., Hickman, K., & Clifton, I. (2020). Development of an integrated rehabilitation pathway for individuals recovering from COVID-19 in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.2340/16501977-2727>

244. Splete H. Professional Counseling Competencies: Guidelines and Standards (American Counseling Association, 1982).

245. Stolyarchuk, O. A., Kokhanova, O. P., Sorokina, O. A., & Serhieienkova, O. P. (2022). Psychological Aspects of Professional Development: Through the eyes of students and professors. *Revista Românească pentru Educație Multidimensională*, 14(3), 284–300.

246. Svanholm, F., Björk, M., Löfgren, M., Gerdle, B., Hedevik, H., & Molander, P. (2023). Work Interventions within Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programs: Frequency, patient characteristics, and association with self-rated work ability. *Journal of Pain Research*, 16, 421–436. <https://doi.org/10.2147/JPR.S390936>

247. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

248. Tal-Akabi, A., Clijsen, R., Rogan, S., Maguire, C., Winteler, B., Brand, P., & Taeymans, J. (2024). How can educational institutes in Switzerland prepare physiotherapy students to implement advanced practice roles: A viewpoint paper. *BMC Medical Education*, 24, 1240. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06247-8>

249. Tan, X. H., Foo, M. A., Lim, S. L. H., Lim, M. B. X. Y., Chin, A. M. C., Zhou, J., & Krishna, L. K. R. (2021). Teaching and Assessing Communication Skills in the Postgraduate Medical Setting: A systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 21, 483. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02944-6>
250. Tawiah, A. K., Desmeules, F., Finucane, L., Lewis, J., Wieler, M., Stokes, E., & Woodhouse, L. J. (2021). Advanced Practice in Physiotherapy: A global survey. *Physiotherapy*, 113, 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.001>
251. Tederko, P., Mycielski, J., Angerová, Y., Dénes, Z., Grabljevec, K., Ilieva, E., Ilieva, A., Moslavac, S., Popa, D., Takáč, P., Krasuski, M., & Tarnacka, B. (2020). Role of diversity in assembling of rehabilitation teams in Central Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.05904-3>
252. Thistlethwaite, J., & Hawksworth, W. (2015). Handling Ethical Dilemmas in Multidisciplinary Teams. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732372.013.41>
253. Tina, P., Husein, H., & Olena, B. (2021). Vplyv zaniattia fizychnoiu kulturoiu na kohnityvnu sferu studentiv [the impact of physical education on the cognitive sphere of students]. *Psykhologichne Zdorovia – Psychological Health*, 2(7), 45–54. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-2-6>
254. Tomeh, A., Khan, A., Zaid, Z., Ling, K., Mat, L., Basri, H., Pauzi, A., Romli, M., & Sulaiman, W. (2025). On the Rising Potential of Interdisciplinary Rehabilitation in Neurological Disorders: A mini-review. *Medicine*, 104. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000041947>
255. Uddin, T., Shakoar, M. A., Rathore, F. A., & Sakel, M. (2022). Leadership in Rehabilitation Teamwork: Challenges for developing countries. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 1070416. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1070416>
256. Venktaramana, V., Loh, E. K. Y., Wong, C. J. W., Yeo, J. W., Teo, A. Y. T., Chiam, C. S. Y., & Krishna, L. K. R. (2022). A systematic scoping review of

communication skills training in medical schools between 2000 and 2020. *Medical Teacher*, 44(9), 997–1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2054693>

257. Ventura, C., Austin, W., Carrara, B., & De Brito, E. (2020). Nursing Care in Mental Health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*, 28, 463–480. <https://doi.org/10.1177/0969733020952102>

258. Wade, D. T. (2020). What attributes should a specialist in rehabilitation have? Seven suggested specialist capabilities in practice. *Clinical Rehabilitation*, 34(5), 571–583. <https://doi.org/10.1177/0269215520925869>

259. Wade, D. T. (2024). Does a service provide safe, effective rehabilitation? An evaluation method for providers and purchasers. *Clinical Rehabilitation*, 38(10), 1361–1370. <https://doi.org/10.1177/02692155241259644>

260. Wang, D., Liu, Z., Zhou, J., Yang, J., Chen, X., Chang, C., Liu, C., Li, K., & Hu, J. (2022). Barriers to implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) by a multidisciplinary team in China: a multicentre qualitative study. *BMJ Open*, 12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021053687>

261. Wang, Y., Wu, Q., Wang, Y., & Wang, P. (2022). The effects of physicians' communication and empathy ability on physician–patient relationship from physicians' and patients' perspectives. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 849–860. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09844-1>

262. Warm, E. J., Kinnear, B., Lance, S., Schauer, D. P., & Brenner, J. (2022). What behaviors define a good physician? Assessing and communicating about noncognitive skills. *Academic Medicine*, 97(2), 193–199. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004215>

263. Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-Training in Healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372.

264. Wei, H., Corbett, R. W., Ray, J., & Wei, T. L. (2022). A Culture of Caring: The essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 36(6), 847–853. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2091893>

265. Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(6), 735–749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2091893>

266. Williams, N., Busse, M., Cooper, R., Dodd, S., Dorkenoo, S., Doungsong, K., Edwards, R., Green, J., Hardwick, B., Lemmey, A., Logan, P., Morrison, V., Ralph, P., Sackley, C., Smith, B., Smith, T., & Spencer, L. (2025). Effectiveness of a community-based rehabilitation programme following hip fracture: results from the Fracture in the Elderly Multidisciplinary Rehabilitation phase III (FEMuR III) randomised controlled trial. *BMJ Open*, 15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091603>

267. World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. WHO.

268. Yan, J., Liu, H., Li, M., & Wang, R. (2025). Core Competencies for Psychological Counselors: A scoping review. *Behavioral Sciences*, 15(2), 147. <https://doi.org/10.3390/bs15020147>

269. Zhou, J., Zhou, Y., Huang, Y., & Wang, P. (2025). Nurse-led cardiac rehabilitation programme on physical capacity and mental health for heart valve patients: study protocol of a quasi-experimental study. *BMJ Open*, 15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096823>

ДОДАТОК А

Повна описова статистика по шкалах і групах (min, max, Mdn, Sk, Kurt)

Таблиці А.1–А.4 містять повні описові статистики для кожного вимірюваного показника у кожній із чотирьох груп.

Таблиця А.1. Г1 — Майбутні лікарі ФРМ (n=52)

Шкала / показник	n	Min	Max	M	Mdn	SD	Sk	Kurt
TEQ — Мета і цілі	52	2.43	5.00	4.21	4.29	0.49	+0.18	−0.42
TEQ — Ролі	52	2.71	5.00	3.95	4.00	0.46	−0.11	−0.29
TEQ — Процеси	52	2.57	5.00	3.80	3.86	0.55	−0.23	−0.18
TEQ — Взаємовідносини	52	2.14	4.86	3.53	3.57	0.52	+0.07	−0.31
TEQ — Вирішення проблем	52	2.71	5.00	4.07	4.14	0.57	−0.32	−0.15
TEQ — Ентузіазм	52	2.57	5.00	3.68	3.71	0.52	−0.09	−0.22
TEQ — Навички	52	2.43	5.00	3.74	3.71	0.50	+0.14	−0.17
TEQ — Відносини з ін.	52	2.00	5.00	3.42	3.43	0.58	+0.04	−0.08
RHS — Загальний	52	38.0	84.0	60.50	61.0	9.10	−0.21	+0.11
RHS — Включеність	52	10.0	29.0	19.20	20.0	3.60	−0.28	+0.14
RHS — Контроль	52	12.0	30.0	21.70	22.0	3.80	−0.18	−0.04
RHS — Виклик	52	10.0	30.0	20.00	20.0	4.00	−0.05	−0.31
RHS — Емоційний	52	7.0	22.0	14.80	15.0	3.10	−0.12	+0.08
RHS — Соціальний	52	8.0	22.0	14.50	15.0	2.90	−0.08	−0.14
RHS — Професійний	52	8.0	24.0	16.60	17.0	3.20	−0.19	+0.07
KOC — Кк	52	0.30	0.85	0.61	0.62	0.11	+0.02	−0.38
KOC — Ко	52	0.40	0.95	0.72	0.73	0.12	−0.07	−0.22
SEC — Загальний (z)	52	−1.82	1.74	−0.38	−0.35	0.91	−0.11	+0.04
WVP — Пластичність	52	11.0	26.0	18.20	18.0	3.10	+0.14	−0.28

Таблиця А.2. Г2 — Майбутні фахівці з терапії та реабілітації (n=60)

Шкала / показник	n	Min	Max	M	Mdn	SD	Sk	Kurt
TEQ — Мета і цілі	60	2.57	5.00	4.18	4.14	0.51	-0.04	-0.21
TEQ — Ролі	60	2.29	5.00	3.71	3.71	0.48	+0.11	-0.09
TEQ — Процеси	60	2.57	5.00	4.10	4.14	0.53	-0.28	+0.05
TEQ — Взаємовідносини	60	1.86	5.00	3.57	3.57	0.65	-0.14	-0.18
TEQ — Вирішення проблем	60	2.43	5.00	3.98	4.00	0.53	-0.19	+0.01
TEQ — Ентузіазм	60	2.43	5.00	3.72	3.71	0.58	+0.06	-0.24
TEQ — Навички	60	2.86	5.00	4.11	4.14	0.46	-0.22	+0.18
TEQ — Відносини з ін.	60	2.14	5.00	3.50	3.43	0.62	+0.16	-0.17
RHS — Загальний	60	41.0	88.0	65.20	66.0	8.50	-0.18	+0.09
RHS — Включеність	60	12.0	31.0	21.20	21.0	3.40	-0.09	-0.07
RHS — Контроль	60	12.0	30.0	21.10	21.0	3.60	-0.04	-0.18
RHS — Виклик	60	12.0	32.0	23.00	23.0	3.90	-0.10	-0.04
RHS — Емоційний	60	8.0	23.0	16.10	16.0	2.80	-0.08	+0.12
RHS — Соціальний	60	9.0	23.0	15.80	16.0	2.80	-0.11	-0.05
RHS — Професійний	60	8.0	24.0	16.30	17.0	3.10	-0.21	+0.14
KOC — Кк	60	0.35	0.90	0.66	0.67	0.10	-0.08	-0.19
KOC — Ко	60	0.40	0.95	0.68	0.68	0.11	+0.04	-0.31
SEC — Загальний (z)	60	-1.71	1.88	0.04	0.06	0.87	-0.07	-0.03
WVP — Пластичність	60	13.0	28.0	19.80	20.0	2.90	+0.01	-0.11

Таблиця А.3. ГЗ — Майбутні клінічні психологи (n=60)

Шкала / показник	n	Min	Max	M	Mdn	SD	Sk	Kurt
TEQ — Мета і цілі	60	2.43	5.00	4.15	4.14	0.53	-0.08	-0.14
TEQ — Ролі	60	2.00	4.86	3.58	3.57	0.51	-0.04	-0.22
TEQ — Процеси	60	2.14	4.71	3.55	3.57	0.52	+0.02	-0.19
TEQ — Взаємовідносини	60	2.43	5.00	3.90	3.86	0.56	-0.07	+0.04
TEQ — Вирішення проблем	60	2.57	4.71	3.63	3.57	0.44	+0.18	-0.28
TEQ — Ентузіазм	60	2.71	5.00	4.01	4.00	0.49	-0.11	+0.07
TEQ — Навички	60	2.29	4.86	3.62	3.57	0.49	+0.07	-0.08
TEQ — Відносини з ін.	60	2.14	4.86	3.55	3.57	0.57	+0.03	-0.21
RHS — Загальний	60	39.0	86.0	63.80	64.0	8.80	-0.14	+0.08
RHS — Включеність	60	12.0	30.0	20.90	21.0	3.50	-0.11	-0.04
RHS — Контроль	60	12.0	29.0	20.80	21.0	3.70	-0.06	-0.19
RHS — Виклик	60	11.0	30.0	21.80	22.0	3.80	-0.09	+0.02
RHS — Емоційний	60	8.0	23.0	16.20	16.0	3.00	-0.04	+0.09
RHS — Соціальний	60	9.0	23.0	15.90	16.0	2.90	-0.08	+0.11
RHS — Професійний	60	7.0	23.0	15.00	15.0	3.30	-0.18	+0.04
KOC — Кк	60	0.45	0.95	0.74	0.75	0.09	-0.12	+0.07
KOC — Ко	60	0.30	0.90	0.63	0.63	0.12	+0.08	-0.24
SEC — Загальний (z)	60	-1.44	2.01	0.42	0.44	0.84	-0.06	+0.01
WVP — Пластичність	60	14.0	30.0	22.30	22.0	2.80	-0.04	-0.07

Таблиця А.4. Г4 — Майбутні соціальні працівники (n=58)

Шкала / показник	n	Min	Max	M	Mdn	SD	Sk	Kurt
TEQ — Мета і цілі	58	2.14	5.00	4.09	4.14	0.55	-0.12	-0.08
TEQ — Ролі	58	2.00	4.86	3.62	3.57	0.53	+0.09	-0.17
TEQ — Процеси	58	1.86	5.00	3.44	3.43	0.61	+0.07	-0.04
TEQ — Взаємовідносини	58	2.14	5.00	3.61	3.57	0.60	+0.11	-0.14
TEQ — Вирішення проблем	58	2.29	4.86	3.69	3.71	0.54	-0.04	-0.22
TEQ — Ентузіазм	58	2.71	5.00	3.95	4.00	0.51	-0.08	+0.07
TEQ — Навички	58	2.29	4.86	3.58	3.57	0.55	+0.04	-0.18
TEQ — Відносини з ін.	58	2.57	5.00	4.06	4.14	0.53	-0.16	+0.04
PHS — Загальний	58	38.0	84.0	62.40	63.0	9.20	-0.09	+0.07
PHS — Включеність	58	11.0	29.0	20.80	21.0	3.30	-0.14	-0.06
PHS — Контроль	58	10.0	28.0	19.70	20.0	3.70	-0.08	+0.02
PHS — Виклик	58	11.0	30.0	21.50	21.0	3.90	+0.07	-0.14
PHS — Емоційний	58	8.0	23.0	15.60	16.0	3.20	-0.06	+0.08
PHS — Соціальний	58	10.0	23.0	16.40	16.0	2.70	+0.09	-0.11
PHS — Професійний	58	6.0	22.0	14.20	14.0	3.20	-0.11	+0.04
KOC — Кк	58	0.35	0.95	0.71	0.71	0.10	+0.04	-0.28
KOC — Ко	58	0.45	0.95	0.74	0.75	0.11	-0.06	-0.18
SEC — Загальний (z)	58	-1.68	1.94	0.12	0.14	0.89	+0.03	-0.07
WVP — Пластичність	58	12.0	28.0	21.40	21.0	3.00	+0.11	-0.21

Примітка. *Sk* — асиметрія: $|Sk| < 1.0$ вважається прийнятним; *Kurt* — ексцес: $|Kurt| < 2.0$ прийнятний для параметричних процедур (George & Mallery, 2010). SEC подано у стандартизованому вигляді (z-перетворення), оскільки шкала включає 6 субшкал, стандартизованих перед агрегуванням.

ДОДАТОК Б

Матриця кореляцій Спірмена між ключовими змінними (n=230)

Матриця відображає двовимірні (нескориговані) кореляції між вісьмома ключовими змінними дослідження для загальної вибірки (n=230) з контролем групової належності як коваріати. Значимість оцінювалась з поправкою Холма на множинне тестування (28 пар). Використовувався критерій Спірмена, оскільки частина змінних (COPE) має ненормальний розподіл

Таблиця Б.1. Матриця кореляцій Спірмена між ключовими змінними (n=230)

Змінна	1	2	3	4	5	6	7	8
1. TEQ (інтегр.)	—	.46**	.43**	.38**	.32**	.27**	.35**	-.28**
2. SEC (загальн.)		—	.48**	.51**	.39**	.44**	.41**	-.35**
3. COS — Ко			—	.56**	.38**	.28**	.32**	-.22**
4. COS — Кк				—	.34**	.31**	.29**	-.18**
5. PHS (загальн.)					—	.31**	.45**	-.38**
6. WVP-пластичн.						—	.26**	-.33**
7. COPE_A (пробл.)							—	-.29**
8. COPE_M (унік.)								—

Примітка. ** $p < .01$ (з поправкою Холма); p -значення для всіх пар є значущими. Діагональ містить «—». Нижній трикутник. Умовні позначення: TEQ = інтегральний показник командної ефективності; SEC = соціо-емоційна компетентність (стандартизований); COS Ко / Кк = організаторські / комунікативні схильності; PHS = загальний рівень проф. життєстійкості; WVP = світоглядна пластичність; COPE_A = адаптивний (проблемно-орієнтований) копінг; COPE_M = дезадаптивний (уникання / відхід) копінг.

ДОДАТОК В

Результати тестів нормальності Шапіро–Уїлка по групах

Таблиця В.1 подає результати тестів Шапіро–Уїлка (W і p) для кожної шкали по чотирьох групах. Вибір між ANOVA (параметричний) і критерієм Краскала–Уолліса (непараметричний) здійснювався відповідно до результату: при $p > .05$ у всіх групах застосовувався ANOVA, при $p \leq .05$ хоча б в одній — Краскала–Уолліса.

Таблиця В.1. Результати тестів Шапіро–Уїлка для ключових шкал по групах

Шкала	Г1 ФРМ		Г2 ТР		Г3 КП		Г4 СР		Метод
	W	p	W	p	W	p	W	p	
TEQ — Мета і цілі	.981	.584	.977	.421	.975	.368	.972	.271	ANOVA
TEQ — Ролі	.976	.411	.984	.621	.978	.452	.971	.258	ANOVA
TEQ — Процеси	.974	.341	.978	.484	.982	.591	.973	.301	ANOVA
TEQ — Взаємовідносини	.978	.472	.971	.268	.975	.391	.969	.211	ANOVA
TEQ — Вирішення пробл.	.975	.381	.980	.531	.984	.661	.974	.321	ANOVA
TEQ — Ентузіазм	.979	.501	.976	.421	.981	.572	.977	.444	ANOVA
TEQ — Навички	.983	.618	.988	.801	.979	.511	.975	.372	ANOVA
TEQ — Відносини з ін.	.977	.441	.973	.309	.978	.472	.982	.591	ANOVA
PHS — Загальний	.984	.649	.986	.711	.982	.589	.979	.501	ANOVA
PHS — Включеність	.976	.408	.981	.554	.978	.464	.983	.618	ANOVA
PHS — Контроль	.979	.508	.977	.441	.975	.381	.971	.261	ANOVA
PHS — Виклик	.974	.344	.978	.472	.981	.551	.977	.441	ANOVA
KOC — Кк	.988	.801	.987	.771	.984	.651	.986	.718	ANOVA
KOC — Ко	.985	.668	.984	.638	.981	.561	.983	.618	ANOVA
SEC — Загальний	.982	.581	.985	.681	.983	.621	.981	.548	ANOVA
WVP — Пластичність	.979	.511	.984	.651	.987	.771	.981	.554	ANOVA
COPE — Активне	.951	.031*	.948	.018*	.953	.038*	.944	.011*	KW
COPE — Планування	.958	.049*	.952	.028*	.961	.062	.949	.019*	KW

Шкала	Г1 ФРМ		Г2 ТР		Г3 КП		Г4 СР		Метод
	W	p	W	p	W	p	W	p	
COPE — Вираження почуттів	.908	<.001***	.912	<.001***	.921	.001**	.897	<.001***	KW
COPE — Релігія	.879	<.001***	.891	<.001***	.903	<.001** *	.883	<.001***	KW
COPE — Поведін. Відхід	.931	.003**	.924	.001**	.941	.008**	.916	<.001***	KW
COPE — Самозвинувач.	.936	.005**	.928	.002**	.943	.011*	.921	.001**	KW
COPE — Уникання (інтегр.)	.919	<.001***	.924	.001**	.933	.004**	.911	<.001***	KW

Примітка. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Тест Шаніро–Уїлка застосовувався для кожної групи окремо. Шкали COPE-26 мають виражену правосторонню асиметрію (COPE Релігія, Поведінковий відхід, Вираження почуттів), тому для них застосовувався Kruskal–Wallis з $\varepsilon^2(H)$ як розміром ефекту. Шкали TEQ, PHS, KOC-2, SEC і WVP мають прийнятну форму розподілу \rightarrow ANOVA.

ДОДАТОК Г

Повні матриці пост-хок порівнянь Tukey HSD і Games–Howell

Таблиці Г.1–Г.3 містять повні шість попарних порівнянь для трьох шкал TEQ з найбільшим розміром ефекту. Таблиці 3.1–3.3 основного тексту відображають лише значущі відмінності; тут подається повна матриця, включно з незначущими парами та інтервальними оцінками, що дозволяє оцінити напрямок і розмір усіх зіставлень.

Таблиця Г.1. Шкала «Ролі в команді» ($F = 9.59$, $\eta^2 = .113$) — Tukey HSD

Порівняння	ΔM	SE	p	95% CI	Метод
Г1 ФРМ vs. Г2 ТР	+0.24	.088	.041	[+0.01, +0.47]	Tukey HSD
Г1 ФРМ vs. Г3 КП	+0.37	.088	<.001	[+0.14, +0.60]	Tukey HSD
Г1 ФРМ vs. Г4 СР	+0.33	.089	.002	[+0.10, +0.56]	Tukey HSD
Г2 ТР vs. Г3 КП	+0.13	.085	.421	[−0.09, +0.35]	Tukey HSD
Г2 ТР vs. Г4 СР	+0.09	.086	.711	[−0.13, +0.31]	Tukey HSD
Г3 КП vs. Г4 СР	−0.04	.086	.968	[−0.26, +0.18]	Tukey HSD

Таблиця Г.2. Шкала «Процеси в команді» ($F = 17.54$, $\eta^2 = .189$) — Games–Howell

Порівняння	ΔM	SE	p	95% CI	Метод
Г1 ФРМ vs. Г2 ТР	−0.30	.092	<.001	[−0.54, −0.06]	Games–Howell
Г1 ФРМ vs. Г3 КП	+0.25	.093	.029	[+0.01, +0.49]	Games–Howell
Г1 ФРМ vs. Г4 СР	+0.36	.096	<.001	[+0.11, +0.61]	Games–Howell
Г2 ТР vs. Г3 КП	+0.55	.091	<.001	[+0.31, +0.79]	Games–Howell
Г2 ТР vs. Г4 СР	+0.66	.094	<.001	[+0.42, +0.90]	Games–Howell
Г3 КП vs. Г4 СР	+0.11	.091	.619	[−0.13, +0.35]	Games–Howell

Таблиця Г.3. Шкала «Відносини з іншими командами» ($F = 26.60$, $\eta^2 = .261$) — Games–Howell

Порівняння	ΔM	SE	p	95% CI	Метод
Г1 ФРМ vs. Г2 ТР	−0.08	.101	.861	[−0.34, +0.18]	Games–Howell
Г1 ФРМ vs. Г3 КП	−0.13	.099	.562	[−0.39, +0.13]	Games–Howell
Г1 ФРМ vs. Г4 СР	−0.64	.096	<.001	[−0.89, −0.39]	Games–Howell
Г2 ТР vs. Г3 КП	−0.05	.099	.952	[−0.31, +0.21]	Games–Howell
Г2 ТР vs. Г4 СР	−0.56	.097	<.001	[−0.81, −0.31]	Games–Howell
Г3 КП vs. Г4 СР	−0.51	.095	<.001	[−0.76, −0.26]	Games–Howell

Примітка. ΔM = різниця середніх ($\Gamma_i - \Gamma_j$). Tukey HSD: за гомогенних дисперсій (Левен ns). Games–Howell: за нерівних дисперсій або обсягів груп. $\alpha = .05 / 6 = .0083$ для кожної шкали (Bonferroni). Курсивом виділено незначущі попарні порівняння.

ДОДАТОК Д

Ієрархічна регресія TEQ: блоки предикторів та ΔR^2

У таблиці Д.1 подано результати чотириблокової ієрархічної регресії TEQ (інтегральний показник). Блоки вводилися послідовно відповідно до логіки моделі (підрозділ 2.2): спочатку контрольна змінна (групова належність), потім диспозиційний рівень (CPI-U), далі ресурсно-регуляторний (PHS і копінг) і, нарешті, проксимальні механізми (SEC і COS). Кожен наступний блок пояснює статистично значущий приріст дисперсії ΔR^2 . У стовпцях «Блок 1–4» подано стандартизовані β відповідного кроку; стовпці β , t і p — для фінальної моделі (блок 4).

Таблиця Д.1. Ієрархічна регресія ефективності командної взаємодії (TEQ): предиктори, ΔR^2 та β фінальної моделі (n=230)

Предиктор / блок	Блок 1 (група, CPI-U, PHS+копінг, SEC+COS)	Блок 2 $R^2=.053$	Блок 3 $R^2=.135$	Блок 4 $R^2=.278$	β (Блок 4) $R^2=.496$	t (фін. модель)	p
Група (коваріата, рефер. ФРМ)	.23*	.19*	.12ns	.08ns	0.08	+0.94	.349
CPI-U — Мотивація (кат. I)		.18*	.11ns	.09ns	0.09	+1.04	.299
CPI-U — Самоврядування (кат. II)		.14*	.10ns	.08ns	0.08	+0.92	.360
CPI-U — Відносини з ін. (кат. III)		.21**	.14*	.11ns	0.11	+1.31	.191
CPI-U — Особ. реалізація (кат. IV)		.16*	.11ns	.09ns	0.09	+1.08	.282
PHS — Загальний			.22**	.14*	0.14	+2.11	.036
COPE_A (адаптивний)			.24**	.15*	0.15	+2.28	.023

COPE_M (дезадаптивний)			-.21**	-.12*	-0.12	-1.84	.067
SEC — Загальний				.31***	0.31	+4.68	<.001
COS (K _o)				.28***	0.28	+4.21	<.001
COS (K _k)				.18**	0.18	+2.71	.007
ΔR^2 блоку	.053	.082	.143	.218			
F для ΔR^2	F(3,226) =4.22*	F(4,222) =5.28* *	F(3,219) =14.81 ***	F(3,216) =31.04* **			
Скориг. R ² (мод.)	.041	.098	.241	.472			

Примітка. R^2 скоригований у фінальній моделі = .472. $F(11, 218) = 17.63$, $p < .001$. β стандартизовані. «ns» — не значуще на рівні $\alpha = .05$ у даному блоці. Виключення COPE_M з $p = .067$ у фінальній моделі зумовлено часткою колінеарності з PHS ($VIF = 1.82$) при включених SEC і COS; COPE_M залишається значущим при неповній специфікації (блок 3).

ДОДАТОК Е

Кроки перевірки вимірювальної інваріантності та факторні навантаження

Перевірка інваріантності є обов'язковою умовою коректного міжгрупового порівняння параметрів SEM-моделей. Здійснювалася у чотири кроки: конфігуральна (рівна структура), метрична (рівні навантаження), скалярна (рівні інтерсепти) та часткова скалярна. Критерій прийняття кожного кроку: $\Delta CFI \leq .010$ та $\Delta RMSEA \leq .015$ (Cheung & Rensvold, 2002).

Таблиця Е.1. Послідовна перевірка вимірювальної інваріантності моделі КК між 4 групами

Крок інваріантності	χ^2	df	p	$\Delta\chi^2$	Δdf	ΔCFI	$\Delta RMSEA$	Висновок
Конфігуральна	148.2	96	.001	—	—	.967	.048	Базова; ідентична структура підтверджена в усіх 4 групах
Метрична (рівні навант.)	158.6	111	.002	10.4	15	-.006	-.004	$\Delta CFI = -.006 \leq .010$ ✓; метрична інваріантність підтверджена
Скалярна (рівні інтерс.)	182.4	126	<.001	23.8	15	-.017	+.007	$\Delta CFI = -.017 > .010$ X; скалярна не підтверджена повністю
Часткова скалярна	169.1	124	.001	10.5	13	-.004	-.002	2 інтерсепти звільнені; $\Delta CFI = -.004 \leq .010$ ✓; прийнято

Примітка. χ^2 — критерій хі-квадрат для відповідності моделі; ΔCFI і $\Delta RMSEA$ — приріст відносно попереднього кроку. Рядок «Скалярна» виділено червоним через $\Delta CFI > .010$. Прийнято часткову скалярну інваріантність (Byrne et al., 1989): два інтерсепти (WVP-пластичність і COPE_M-уникання) звільнено, усі факторні навантаження залишаються рівними.

Таблиця Е.2. Факторні навантаження (λ) у метричній моделі по групах

Індикатор	λ Г1	λ Г2	λ Г3	λ Г4	Статус
SEC — Самоусвідомлення	.74	.71	.73	.72	Рівні навантаження підтверджені
SEC — Самокерування	.78	.76	.80	.77	Рівні навантаження підтверджені
SEC — Соц. Обізнаність	.71	.69	.74	.70	Рівні навантаження підтверджені
SEC — Соц. Керування	.76	.74	.77	.75	Рівні навантаження підтверджені
COS — Кк	.72	.71	.68	.73	Рівні навантаження підтверджені
COS — Ко	.75	.74	.71	.76	Рівні навантаження підтверджені
PHS — Включеність	.69	.71	.68	.70	Рівні навантаження підтверджені
PHS — Виклик	.74	.76	.73	.72	Рівні навантаження підтверджені
TEQ — Процеси	.78	.81	.74	.72	Рівні навантаження підтверджені
TEQ — Взаємовідносини	.71	.73	.79	.74	Рівні навантаження підтверджені
WVP — Пластичність †	.68	.71	.74	.76	Інтерсепт звільнено (часткова)
COPE_M — Уникання †	.71	.68	.65	.72	Інтерсепт звільнено (часткова)

Примітка. λ — стандартизоване факторне навантаження. Рівні навантаження по групах свідчать, що кожен індикатор вносить однаковий внесок у вимірювання латентної змінної в усіх спеціальностях. † Інтерсепти цих двох індикаторів є вільними у частковій скалярній моделі.

ДОДАТОК Є

Bootstrap медіаційний аналіз: непрямі ефекти з 95% ВСа СІ

Таблиця Є.1 містить усі специфіковані медіаційні ланцюги по групах із результатами бутстрепного оцінювання непрямих ефектів (5000 перезапусків, ВСа-виправлений 95% довірчий інтервал). Медіаційний ефект вважається статистично значущим, якщо 95% ВСа СІ не включає нуль.

Таблиця Є.1. Bootstrap-оцінки непрямих ефектів у SEM/Path-моделях по групах (5 000 перезапусків)

Група	Шлях медіації	а- коеф.	б- коеф.	β непр.	95% ВСа СІ	Висновок
Г1 ФРМ	PHS → COS → TEQ	.41	.44	.180	[.089 .298]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г1 ФРМ	PHS → SEC → TEQ	.28	.22	.062	[.011 .139]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г1 ФРМ	COPE_A → COS → TEQ	.32	.44	.141	[.058 .251]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г1 ФРМ	COPE_M → SEC → TEQ	-.29	.22	-.064	[-.141 -.010]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г2 ТР	PHS → SEC → TEQ	.35	.34	.119	[.041 .214]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г2 ТР	PHS → COS → TEQ	.38	.30	.114	[.038 .208]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г2 ТР	WVP → SEC → TEQ	.38	.34	.129	[.049 .228]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г2 ТР	COPE_M → SEC → TEQ	-.31	.34	-.105	[-.208 -.022]	Знач.; ✓ часткова медіація
Г3 КП	SEC → TEQ (прямий ефект)	—	.49	.490	— —	Прямий; без медіатора

Група	Шлях медіації	a- коэф.	b- коэф.	β непр.	95% BCa CI	Висновок
Г3 КП	PHS \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	.31	.49	.152	[.058 .274]	Знач.; \checkmark часткова медіація
Г3 КП	COPE_M \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	-.38	.49	-.186	[-.312 -.068]	Знач.; \checkmark часткова медіація
Г3 КП	WVP \times COPE_M \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	.24	.49	+.118	[.031 .224]	Знач.; \checkmark модер. медіація (буфер)
Г4 СР	WVP \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	.52	.36	.187	[.091 .301]	Знач.; \checkmark часткова медіація
Г4 СР	WVP \rightarrow TEQ (прямий)	—	—	.140	[.018 .268]	Знач.; прямий ефект WVP
Г4 СР	PHS \rightarrow COS \rightarrow TEQ	.33	.29	.096	[.021 .188]	Знач.; \checkmark часткова медіація
Г4 СР	COPE_M \rightarrow SEC \rightarrow TEQ	-.34	.36	-.122	[-.238 -.024]	Знач.; \checkmark часткова медіація

Примітка. *a-коэф.* = стандартизований шлях $X \rightarrow M$; *b-коэф.* = стандартизований шлях $M \rightarrow TEQ$; β непр. = $a \times b$. BCa CI = Bias-Corrected and Accelerated bootstrap CI (Hayes, 2022). «Не знач.» = CI включає 0. WVP \times COPE_M — модерована медіація: ефект COPE_M на SEC буферується рівнем WVP-пластичності (вищий WVP \rightarrow слабший негативний ефект COPE_M).



УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

бульвар Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601, тел.(044)-234-92-76, 234-40-62,
 e-mail: kancnmu@nmu.ua, www.nmuofficial.com, ЄДРПОУ 02010787

10.12.2025 № 07-ЗМП-Д

На _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Жильцова Андрія Олексійовича
 «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців
 мультидисциплінарних реабілітаційних команд», поданого на здобуття наукового ступеня
 доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія

Результати дисертаційного дослідження Жильцова А.О. впроваджено в освітній процес Національного медичного університету імені О. О. Богомольця впродовж 2023–2025 років при підготовці майбутніх лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, а також майбутніх фахівців з терапії та реабілітації (відпов. Проф. М.М. Матяш). У змістове наповнення освітніх компонентів відповідних освітньо-професійних програм інтегровано теоретичну модель консультативної компетентності як інтегративного психологічного утворення, що забезпечує узгодження рішень у мультидисциплінарній реабілітаційній команді.

З урахуванням клінічної специфіки підготовки акцентовано на розвитку організаційно-координаційних умінь, рольовій визначеності, межах відповідальності, пояснювально-освітньому компоненті взаємодії з пацієнтом і командою. Окрему увагу приділено формуванню навичок міжпрофесійної комунікації на оперативному, тактичному, стратегічному та кризовому рівнях координації реабілітаційного процесу, а також алгоритмам передачі клінічних даних і ведення командних зустрічей.

Включено результати порівняльного аналізу професійно-специфічних моделей консультативної компетентності, що дозволило здобувачам опанувати «спільну мову» взаємодії з психологами та соціальними працівниками в межах єдиного плану реабілітаційної допомоги. Це сприяло підвищенню готовності здобувачів до командної діяльності, удосконаленню процедур оцінювання їхньої консультативної поведінки в симуляційних та клінічних форматах, а також структуруванню формувального зворотного зв'язку відповідно до сучасних вимог біопсихосоціальної моделі реабілітаційної допомоги.

Перший проректор
 з науково-педагогічної роботи
 та післядипломної освіти



Олександр НАУМЕНКО



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І.МЕЧНИКОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

65100, м. Одеса, вул.В.Змієнка, 2

тел.: (048) 776-03-03

№ 371 від 19.01.2026
На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх
фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 Психологія

Результати дисертаційного дослідження Жильцова А.О. впроваджено в освітній процес Одеського національного університету імені І. І. Мечникова впродовж 2023–2025 років при підготовці здобувачів вищої освіти за спеціальностями 053 «Психологія» та 231 «Соціальна робота».

Упровадження дозволило оновити змістове наповнення освітніх компонентів відповідних освітньо-професійних програм через інтеграцію теоретичної моделі консультативної компетентності як інтегративного психологічного утворення. До змісту підготовки включено професійно-специфічні профілі проксимальних механізмів консультативної компетентності, зокрема соціо-емоційного та комунікативно-організаційного каналів, а також дистальних ресурсів: професійної життєстійкості, світоглядної пластичності та адаптивних копінг-стратегій.

Окрему увагу приділено критеріальним показникам командної ефективності як інтегральному індикатору сформованості консультативної компетентності у мультидисциплінарних реабілітаційних командах. З урахуванням специфіки підготовки психологів та соціальних працівників акцентовано на розвитку соціо-емоційної компетентності, рефлексивно-ціннісної регуляції консультативних дій і формуванні готовності до міжпрофесійної взаємодії. Це сприяло вдосконаленню процедур оцінювання консультативної поведінки та структуруванню формувального зворотного зв'язку.

У цілому впровадження результатів дослідження підвищило якість навчального процесу через посилення його пацієнт-орієнтованої, біопсихосоціальної та командно-інтегративної спрямованості відповідно до сучасних вимог підготовки фахівців соціальної та психологічної сфер.

Декан факультету психології
та соціальної роботи



Лариса ДУНАЄВА

**МІЖНАРОДНИЙ КЛАСИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПИЛИПА ОРЛИКА**

Україна, 54003, м. Миколаїв,
вул. Котельна 2
ЄДРПОУ: 37992250
e-mail: mku.osvita@gmail.com
+38 (050) 394 72 87;
0 800 400 557
www.mku.edu.ua



**PYLYP ORLYK
INTERNATIONAL
CLASSICAL UNIVERSITY**

2, Kotelna Street,
Mykolaiv, 54003, Ukraine
EDPNOY: 37992250
e-mail: mku.osvita@gmail.com
+38 (050) 394 72 87;
0 800 400 557
www.mku.edu.ua

№ 245/01/25 дата/date: «24» грудня 2025 р.

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності
майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 Психологія**

Результати дисертаційного дослідження А. О. Жильцова «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» упроваджено в освітній процес Міжнародного класичного університету імені Пилипа Орлика впродовж 2023–2025 років при підготовці здобувачів вищої освіти за спеціальностями 227 «Терапія та реабілітація» та 053 «Психологія» (освітня програма з клінічної психології), що дозволило системно оновити змістове наповнення освітніх компонентів відповідних освітньо-професійних програм, зокрема дисциплін психологічного, комунікативного та реабілітаційного циклів, у які інтегровано теоретичну модель консультативної компетентності як інтегративного психологічного утворення, диференційовані професійно-специфічні профілі її проксимальних механізмів (соціо-емоційного та комунікативно-організаційного каналів) і дистальних ресурсів (професійної життєстійкості, світоглядної пластичності, адаптивних копінг-стратегій), а також критеріальні показники командної ефективності як інтегрального індикатора сформованості консультативної компетентності; на основі результатів дослідження розроблено й апробовано практико-орієнтовані навчальні матеріали з використанням кейс-методу, симуляційних сценаріїв міжпрофесійної взаємодії, тренінгових блоків із розвитку соціо-емоційної

компетентності та рефлексивно-ціннісної регуляції консультативних дій, що сприяло підвищенню рівня готовності здобувачів до роботи у мультидисциплінарних реабілітаційних командах, удосконаленню процедур оцінювання консультативної поведінки, структуруванню формувального зворотного зв'язку, забезпеченню узгодженості міжпрофесійної «спільної мови» реабілітації, а в цілому – покращенню якості освітнього процесу через посилення його пацієнт-орієнтованої, біопсихосоціальної та командно-інтегративної спрямованості відповідно до сучасних вимог підготовки фахівців реабілітаційної сфери.

Ректор,

доктор психологічних наук, професор *Н. Свд* Наталя ЄВДОКИМОВА





МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А.С. МАКАРЕНКА

вул. Роменська, 87, м. Суми, 40002, факс (0542) 22-15-17, тел. (0542) 68-59-02
E-mail: rector@sspu.sumy.ua Код ЄДРПОУ 02125510

30.04.2026 № 1007 На № _____ від _____

АКТ

**про впровадження наукових результатів дисертації
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності
майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданої на здобуття ступеня доктора філософії
з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія**

Упродовж 2024-2025 навчального року теоретичні положення, емпіричні результати та практичні рекомендації дисертаційного дослідження Жильцова Андрія Олексійовича з теми «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» були впроваджені в освітній процес підготовки здобувачів вищої освіти спеціальності 053 Психологія на базі кафедри психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Результати дослідження використовувалися під час викладання освітніх компонентів «Основи психологічного консультування», «Психологія спілкування», «Психологічна служба в системі освіти», а також у процесі проходження навчальної психологічної та виробничої практик.

У зміст навчальних дисциплін і практичної підготовки було інтегровано сучасні підходи до розвитку консультативної компетентності як комплексної характеристики майбутнього психолога, що охоплює комунікативні вміння, соціо-емоційну компетентність, етичну відповідальність, здатність до професійної взаємодії, саморегуляції та рефлексії.

Практичні рекомендації дослідження застосовувалися під час аналізу консультативних кейсів, моделювання професійних ситуацій, формування навичок міжфахової взаємодії, розвитку конструктивних стратегій подолання

стресу та готовності до професійних змін. Також використовувалися підходи до оцінювання консультативної поведінки й формувального контролю рівня сформованості професійних компетентностей студентів.

За результатами впровадження відзначено підвищення практичної спрямованості освітнього процесу, розвиток у здобувачів освіти навичок консультативної взаємодії, зростання готовності до командної роботи, професійної рефлексії та впевненості у виконанні майбутніх фахових завдань.

Акт про впровадження обговорено і схвалено на засіданні кафедри психології № 10 від 23 квітня 2026 р.

Перший проректор Сумського
державного педагогічного університету
імені А.С.Макаренка, кандидат
психологічних наук, доцент



Ганна ЗАКІНА

Завідувач кафедри психології
Сумського державного педагогічного
університету імені А.С. Макаренка,
доктор психологічних наук, професор

Світлана КУЗІКОВА

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА



BORYS GRINCHENKO
KYIV METROPOLITAN UNIVERSITY

ФАКУЛЬТЕТ
ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ
б-р І. Шамо, 18/2, м. Київ, Україна, 02154
Тел.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

FACULTY
OF PSYCHOLOGY, SOCIAL WORK
AND SPECIAL EDUCATION
18/2 I. Shamo Blvd, Kyiv, Ukraine, 02154
Tel.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

27.04.2026 № 124
№ _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження наукових результатів дисертації
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності
майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданої на здобуття ступеня доктора філософії
з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія**

Упродовж 2024 та 2025 років теоретичні положення та практичні інструменти дисертаційного дослідження Жильцова Андрія Олексійовича з теми «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» використовувалися в діяльності Соціально-психологічної служби Київського столичного університету імені Бориса Грінченка, зокрема, під час підготовки студентів-практикантів соціально-психологічної служби до виконання завдань виробничої консультаційної та корекційної практики, а також для формування у практикантів компетентностей з міжпрофесійної комунікації, командної взаємодії, етичного супроводу консультативного процесу, саморегуляції та рефлексивного аналізу професійної діяльності.

У процесі впровадження були використані розроблені в межах дослідження наукові підходи до структури консультативної компетентності як інтегративної психологічної характеристики, що поєднує комунікативно-інтерактивні вміння, здатність до узгодження цілей допомоги, рольову визначеність, відповідальність у командній роботі, етичну регуляцію взаємодії та психологічну стійкість у ситуаціях підвищеного навантаження.

Матеріали дослідження застосовувалися під час проведення навчально-методичних занять, супервізійно-інтервізійних зустрічей, аналізу консультативних випадків та підготовки практикантів до роботи із запитами

здобувачів освіти. Особливу увагу було приділено розвитку соціо-емоційної компетентності, навичок ефективної комунікації, конструктивного подолання стресових ситуацій, а також здатності до координації дій у межах взаємодії з іншими структурними підрозділами університету.

Практичне значення мали також запропоновані у дисертації диференційовані підходи до розвитку консультативної компетентності, що дали змогу враховувати індивідуальні особливості студентів-практикантів, рівень їхньої професійної готовності та специфіку функціональних завдань під час проходження практики. Застосування стандартизованих процедур оцінювання консультативної поведінки та елементів формувального контролю сприяло підвищенню якості практичної підготовки майбутніх фахівців.

За результатами впровадження відзначено покращення готовності практикантів до консультативної діяльності, підвищення рівня їхньої впевненості у професійній взаємодії, більш ефективне виконання завдань командного супроводу, а також зростання здатності до самостійного аналізу професійних ситуацій і прийняття обґрунтованих рішень у межах компетенції Соціально-психологічної служби.

Довідка видана для подання до разової спеціалізованої вченої ради.

В.о. декана Факультету
психології, соціальної роботи
та спеціальної освіти,
кандидат педагогічних наук, доцент



Роман ПАВЛЮК

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА



BORYS GRINCHENKO
KYIV METROPOLITAN UNIVERSITY

ФАКУЛЬТЕТ
ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ
б-р І. Шамо, 18/2, м. Київ, Україна, 02154
Тел.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

FACULTY
OF PSYCHOLOGY, SOCIAL WORK
AND SPECIAL EDUCATION
18/2 I. Shamo Blvd, Kyiv, Ukraine, 02154
Tel.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

05.05.2026 № 131
№ _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження наукових результатів дисертації

Жильцова Андрія Олексійовича

**«Психологічні особливості консультативної компетентності
майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданої на здобуття ступеня доктора філософії
з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія**

Результати дисертаційного дослідження Жильцова Андрія Олексійовича з теми «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» були інтегровані в освітній процес Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка впродовж 2024–2026 років.

Напрацювання дослідження використовувалися у підготовці здобувачів освіти за освітньо-професійними програмами «Консультаційна психологія» та «Практична психологія», зокрема в межах таких освітніх компонентів, як: «Реабілітаційна психологія», «Тренінгова та групова консультаційна робота», «Психологія воєнного і повоєнного часу з практикумом», «Корекційна практика», «Корекційно-розвивальна практика» та ін.

У зміст навчання було впроваджено науково обґрунтовані підходи до розвитку консультативної компетентності як інтегративної характеристики фахівця, що забезпечує ефективність індивідуальної та групової консультативної роботи, міжпрофесійної взаємодії, етичної регуляції професійної діяльності, а також саморегуляції та стійкості в умовах підвищеного психологічного навантаження.

Практичні положення дослідження застосовувалися під час проведення тренінгових занять, аналізу консультативних і корекційних кейсів,

моделювання ситуацій роботи в мультидисциплінарних командах, а також у процесі проходження студентами практик. Особливу увагу приділено розвитку соціо-емоційної компетентності, комунікативно-організаційних умінь, формуванню конструктивних стратегій подолання стресу та готовності до роботи в умовах воєнного і повоєнного часу.

В освітньому процесі також використовувалися підходи до оцінювання консультативної поведінки та формувального контролю, що сприяло підвищенню якості підготовки майбутніх психологів і їхньої готовності до професійної діяльності в індивідуальному та командному форматах.

Впровадження результатів дослідження Жильцова А. О. дозволило зафіксувати підвищення рівня сформованості консультативної компетентності здобувачів освіти, розвиток їхньої професійної рефлексії, здатності до ефективної взаємодії з клієнтами та колегами, а також готовності до надання психологічної допомоги в складних і кризових умовах.

Декана Факультету
психології, соціальної роботи
та спеціальної освіти,
кандидат педагогічних наук, доцент



Наталія КЛІШЕВИЧ

АКТ
про впровадження результатів дисертації
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх
фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданої на здобуття наукового ступеня
доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія

Результати дисертації А.О.Жильцова на тему «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» було впроваджено в практику роботи Медичного центру «Наркологічна клініка Пальміра» в період з 2023 по 2025 рр.

Практичні результати дослідження дозволили розробити стандартизовані процедури консультативної поведінки та взаємодії різних за профілем членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а саме – психолога, лікаря, фахівця з терапії та реабілітації і соціального працівника, а також структурувати зворотній зв'язок з метою оцінювання результатів реабілітаційних заходів і планування подальшого лікування пацієнтів. Врахування в практиці роботи психологічних особливостей консультативної компетентності фахівців різного профілю, що виявлені в процесі дослідження А.О.Жильцовим, дозволило суттєво покращити ефективність роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди в цілому.

Акт видано для подання до разової спеціалізованої вченої ради.

Директор Медичного центру
«Наркологічна клініка Пальміра»



28.04.2026 р

2

ПВНЗ «ІНСТИТУТ ЕКОЛОГІЇ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА»

01054, м. Київ, вул. Олександра Кониського, 11
тел./факс +38 044 486 07 63, www.ieep.org.ua

N 30
28.04.2026

АКТ

**про впровадження матеріалів дисертації
Жильцова Андрія Олексійовича
«Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх
фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд»,
поданої на здобуття наукового ступеня
доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія**

Результати дисертації А.О.Жильцова на тему «Психологічні особливості консультативної компетентності майбутніх фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд» є актуальними і цікавими в контексті підготовки сучасного психолога, який в своїй майбутній професійній діяльності може бути залучений до роботи в закладах, як медичного, так і соціального спрямування, що здійснюють реабілітацію пацієнтів з різними формами розладів, різними хворобами, зокрема і реабілітацію залежних осіб.

Особливої уваги заслуговують результати дослідження, що спрямовані на виявлення психологічних особливостей консультативної компетентності фахівців, що входять до мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Розуміння таких особливостей дозволить роботу команди більш злагодженою, а для пацієнта збільшить ефективність процесу одужання. Важливим в процесі підготовки майбутніх психологів є результати третього розділу дисертаційного дослідження, який містить рекомендацій щодо змісту і форм підготовки психологів в контексті подальшої роботи у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Результати дисертації А.О.Жильцова були впроваджені в освітній процес щодо підготовки майбутніх психологів в Інституті екології, економіки і права з метою поглиблення уявлень студентів про особистісний потенціал у командній роботі, зокрема у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Отримані результати сприяють формуванню комплексного підходу до розуміння соціально-психологічно - медичних проблем, що виникають в процесі реабілітації пацієнтів. У зв'язку з цим результати наукового пошуку Жильцова А.О. були використані для поглиблення змісту таких навчальних дисциплін: «Реабілітаційна психологія», «Соціальна психологія», «Консультативна психологія».

Акт видано для подання до разової спеціалізованої вченої ради.

Проректор з науково-педагогічної
та навчальної роботи
к.юр.н., старший дослідник



Тетяна ПОПОВИЧ