Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026

ISSN 2786-4952 Online

УДК 615.8

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-5(63)-2766-2778

Закаляк Наталія Романівна кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич, https://orcid.org/0000-0002-9550-1961

Герасименко Олександр Сергійович кандидат наук з фізичного виховання**,** доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич, https://orcid.org/0000-0001-7642-2160

Фігура Оксана Андріївна старший викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич, https://orcid.org/0000-0002-5711-0484

Рогаля Юрій Львович старший викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич, https://orcid.org/0000-0003-3701-0803

Фещак Катерина Володимирівна викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич, https://orcid.org/0009-0007-8595-8056

ВПРОВАДЖЕННЯ ДОКАЗОВО-ІНФОРМОВАНОЇ ПРАКТИКИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ

Анотація. Сучасний розвиток системи охорони здоров'я характеризується активним впровадженням підходів, спрямованих на підвищення якості та ефективності медичних і реабілітаційних послуг. Одним із ключових напрямів є інтеграція принципів доказово-інформованої практики у професійну діяльність фізичних терапевтів. У статті розглянуто теоретичні засади формування доказово-інформованої практики, її еволюцію від концепції доказової медицини до сучасних інтегративних моделей прийняття клінічних рішень, а також особливості застосування даного підходу у фізичній терапії.

Метою роботи є узагальнення сучасних наукових підходів до впровадження доказово-інформованої практики та визначення її ролі у підвищенні ефективності реабілітаційних втручань.

У процесі дослідження використано методи теоретичного аналізу, узагальнення та систематизації наукових джерел.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

Встановлено, що доказово-інформована практика базується на інтеграції найкращих доступних наукових доказів, клінічного досвіду фахівця, цінностей і потреб пацієнта, а також контексту надання реабілітаційної допомоги. На відміну від класичної моделі практики, заснованої на доказах, даний підхід характеризується більшою гнучкістю та орієнтацією на індивідуалізацію втручань. У роботі проаналізовано ключові моделі доказової практики, визначено їх структурні компоненти та описано процес прийняття клінічного рішення за алгоритмом 6A.

Особливу увагу приділено бар'єрам впровадження доказово-інформованої практики, серед яких виокремлено індивідуальні (дефіцит знань, навичок, мотивації) та організаційні (обмежені ресурси, відсутність підтримки, недостатній рівень розвитку професійного середовища). Водночас визначено основні фактори, що сприяють інтеграції доказів у практичну діяльність.

Доведено, що впровадження доказово-інформованої практики сприяє підвищенню якості реабілітаційних послуг, забезпечує ефективне використання ресурсів, покращує клінічні результати та підвищує рівень професійної відповідальності фізичних терапевтів.

Ключові слова: доказово-інформована практика, evidence-informed practice, фізична терапія, доказова медицина, клінічне рішення, реабілітація.

Zakaliak Nataliia Romanivna Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy and Health, Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University, Drohobych, https://orcid.org/0000-0002-9550-1961

Herasymenko Oleksandr Serhiyovych Candidate of Physical Education, Associate Professor, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy and Health, Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University, Drohobych, https://orcid.org/0000-0001-7642-2160

Fihura Oksana Andriyivna Senior Lecturer, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy and Health, Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University, Drohobych, https://orcid.org/0000-0002-5711-0484

Rohalya Yuriy L'vovych Senior Lecturer, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy and Health, Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University, Drohobych, https://orcid.org/0000-0003-3701-0803

Feshchak Kateryna Volodymyrivna Senior Lecturer, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy and Health, Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University, Drohobych, https://orcid.org/0009-0007-8595-8056

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026

ISSN 2786-4952 Online

IMPLEMENTING EVIDENCE-INFORMED PRACTICE IN PHYSICAL THERAPY: THEORETICAL BASIS AND PRACTICAL ASPECTS

Abstract. The modern development of the healthcare system is characterized by the active implementation of approaches aimed at improving the quality and efficiency of medical and rehabilitation services. One of the key areas is the integration of the principles of evidence-informed practice into the professional activities of physical therapists. The article considers the theoretical foundations of the formation of evidence-informed practice, its evolution from the concept of evidence-based medicine to modern integrative models of clinical decision-making, as well as the features of the application of this approach in physical therapy.

The aim of the work is to generalize modern scientific approaches to the implementation of evidence-informed practice and determine its role in increasing the efficiency of rehabilitation interventions. The research used methods of theoretical analysis, generalization and systematization of scientific sources.

It was established that evidence-informed practice is based on the integration of the best available scientific evidence, clinical experience of a specialist, values and needs of the patient, as well as the context of providing rehabilitation care. Unlike the classical model of evidence-based practice, this approach is characterized by greater flexibility and an orientation towards individualization of interventions. The paper analyzes the key models of evidence-based practice, identifies their structural components, and describes the process of clinical decision-making according to the 6A algorithm.

Particular attention is paid to the barriers to the implementation of evidence-informed practice, including individual (deficit of knowledge, skills, motivation) and organizational (limited resources, lack of support, insufficient level of development of the professional environment). At the same time, the main factors contributing to the integration of evidence into practical activities are identified.

It has been proven that the implementation of evidence-informed practice contributes to improving the quality of rehabilitation services, ensures effective use of resources, improves clinical outcomes, and increases the level of professional responsibility of physical therapists.

Keywords: evidence-informed practice, physical therapy, evidence-based medicine, clinical decision, rehabilitation.

Постановка проблеми. Практична діяльність фізичного терапевта передбачає постійне прийняття клінічних рішень, що ґрунтуються на аналізі стану пацієнта, оцінці ефективності можливих втручань та врахуванні індивідуальних особливостей перебігу захворювання. Процес такого прийняття рішень є складним і характеризується високим рівнем невизначеності, оскільки у більшості випадків відсутнє єдине оптимальне рішення, яке було б універсальним для всіх пацієнтів [6].

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

Традиційно клінічні рішення у сфері фізичної терапії базувалися переважно на особистому досвіді фахівця, знаннях, отриманих під час навчання, а також рекомендаціях більш досвідчених колег. Однак такий підхід має низку обмежень, зокрема ризик використання застарілої або упередженої інформації, що може негативно впливати на результати терапії [16].

У зв'язку з цим виникла необхідність у впровадженні підходів, які б забезпечували обґрунтованість клінічних рішень та підвищували ефективність реабілітаційної допомоги. Одним із таких підходів стала практика, заснована на доказах, яка передбачає використання результатів наукових досліджень у поєднанні з клінічним досвідом та цінностями пацієнта [26].

Разом із тим подальший розвиток наукових уявлень про процес прийняття клінічних рішень зумовив появу концепції доказово-інформованої практики, яка розширює традиційні підходи, акцентуючи увагу на інтеграції різних джерел доказів та індивідуалізації терапевтичного процесу.

Сьогодні впровадження доказово-інформованої практики розглядається як професійний стандарт діяльності фізичних терапевтів та є важливою умовою підвищення якості надання реабілітаційних послуг. Незважаючи на це, процес інтеграції даного підходу у практичну діяльність супроводжується низкою труднощів, що обумовлює актуальність подальших досліджень у цьому напрямі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концепція прийняття клінічних рішень на основі доказів бере свій початок із розвитку доказової медицини, термін якої було запропоновано наприкінці XX століття [11]. Згідно з ранніми визначеннями, доказова медицина розглядається як процес систематичного пошуку, оцінки та застосування результатів наукових досліджень у клінічній практиці [25].

Подальший розвиток цієї концепції пов'язаний із роботами D. Sackett та співавторів, які визначили доказову медицину як інтеграцію найкращих наукових доказів із клінічним досвідом і цінностями пацієнтів [20]. Саме це визначення стало основою для формування ширшого підходу — практики, заснованої на доказах.

У подальшому поняття evidence-based practice було розширене і адаптоване до різних сфер охорони здоров'я, включаючи фізичну терапію [22]. Зокрема, M. Dawes та співавтори підкреслюють, що рішення щодо лікування повинні базуватися на актуальних, достовірних та релевантних доказах і прийматися за участю пацієнта [3].

Важливим етапом розвитку концепції стало створення різних моделей доказової практики, які відображають еволюцію уявлень про структуру клінічного мислення. Серед них особливе місце займає трансдисциплінарна модель Satterfield та співавторів, яка включає такі компоненти, як наукові докази, клінічний досвід, характеристики пацієнта та контекст практики [21].

Разом із тим у науковій літературі представлено значну кількість досліджень, присвячених аналізу ефективності впровадження доказової практики,

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

визначенню бар'єрів та розробці моделей її реалізації [7; 19]. Дослідники відзначають, що хоча даний підхід сприяє підвищенню якості медичної допомоги, його застосування у реальних умовах часто ускладнюється через низку факторів, зокрема обмежений доступ до ресурсів, недостатній рівень підготовки фахівців та організаційні труднощі [20].

Критичний аналіз концепції evidence-based practice сприяв формуванню альтернативного підходу — доказово-інформованої практики, яка передбачає більш гнучке використання різних типів доказів та акцентує увагу на індивідуалізації терапевтичних рішень [23].

Мета статті. Метою статті є теоретичне обґрунтування сутності доказово-інформованої практики у фізичній терапії, аналіз сучасних підходів до її впровадження та визначення основних переваг і бар'єрів застосування в клінічній діяльності.

Виклад основного матеріалу. ***1. Сутність доказово-інформованої практики у фізичній терапії.*** Сучасна фізична терапія як складова системи охорони здоров'я орієнтується на забезпечення високої якості реабілітаційної допомоги, що неможливо без використання науково обґрунтованих підходів. У цьому контексті особливого значення набуває доказово-інформована практика (evidence-informed practice), яка є еволюційним продовженням концепції практики, заснованої на доказах.

Доказово-інформована практика розглядається як інтегративний підхід до прийняття клінічних рішень, що передбачає поєднання результатів наукових досліджень із клінічним досвідом фахівця, а також цінностями, потребами та очікуваннями пацієнта [23].

На відміну від традиційного підходу, де домінуючу роль відігравали результати рандомізованих контрольованих досліджень, доказово-інформована практика визнає значущість різних типів доказів, включаючи якісні дослідження, клінічні спостереження та практичний досвід.

Ключовою особливістю цього підходу є орієнтація на індивідуалізацію реабілітаційного процесу. Кожен пацієнт розглядається як унікальна особистість із власними характеристиками, життєвим досвідом і соціокультурним контекстом, що безпосередньо впливає на вибір терапевтичних стратегій.

Таким чином, доказово-інформована практика формує нову парадигму професійного мислення фізичного терапевта, у межах якої прийняття рішень базується на критичному аналізі інформації, гнучкості та міждисциплінарній взаємодії.

2. Фундаментальні компоненти доказово-інформованої практики.

Концепція доказово-інформованої практики ґрунтується на інтеграції кількох ключових компонентів, кожен із яких відіграє важливу роль у процесі прийняття клінічного рішення.

2.1. Наукові докази. Наукові дослідження є базовим джерелом інформації щодо ефективності, безпечності та доцільності застосування різних методів

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

фізичної терапії. Вони формуються в результаті систематичного збору, аналізу та інтерпретації даних і спрямовані на отримання нових знань [3].

Водночас не всі дослідження мають однакову доказову цінність. Для оцінки їхньої якості використовується ієрархія доказів, у якій найвищий рівень займають систематичні огляди та мета-аналізи, а найнижчий — експертна думка [24]. Проте у межах доказово-інформованої практики акцент зміщується з жорсткої ієрархії до більш гнучкого підходу, що передбачає оцінку релевантності доказів щодо конкретного клінічного випадку.

2.2. Клінічний досвід. Клінічна експертиза визначається як сукупність знань, навичок і професійних суджень, сформованих у процесі практичної діяльності фахівця [4]. Вона дозволяє фізичному терапевту адаптувати наукові дані до реальних умов практики, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта.

Зростання рівня клінічної експертизи сприяє більш точному проведенню діагностики, ефективнішому плануванню втручань та оптимальному використанню ресурсів.

2.3. Цінності та потреби пацієнта. Пацієнт є центральним елементом процесу прийняття клінічних рішень. Його переконання, очікування, культурні особливості та життєві обставини повинні враховуватися при виборі методів терапії [2; 5].

Залучення пацієнта до процесу прийняття рішень сприяє підвищенню рівня комплаєнсу, покращенню клінічних результатів та формуванню партнерських відносин між пацієнтом і фахівцем.

2.4. Контекст практики. Контекст включає організаційні, економічні та соціокультурні умови, у яких здійснюється професійна діяльність. Він може як сприяти, так і обмежувати можливості застосування наукових доказів на практиці [8].

До ключових факторів контексту належать матеріально-технічне забезпечення, нормативно-правова база, рівень підготовки персоналу та доступ до інформаційних ресурсів.

3. Процес реалізації доказово-інформованої практики. Реалізація принципів доказово-інформованої практики відбувається через послідовний процес прийняття клінічних рішень:

- ***Оцінка (Assessment)*** забезпечує визначення клінічної проблеми;
- ***Формулювання питання (Ask)*** дозволяє чітко окреслити інформаційну потребу;
- ***Пошук доказів (Acquire)*** спрямований на отримання релевантної інформації;
- ***Критична оцінка (Appraise)*** забезпечує відбір якісних досліджень;
- ***Застосування (Apply)*** передбачає інтеграцію доказів у практику;
- ***Оцінка результатів (Audit)*** дозволяє вдосконалити подальшу діяльність [1; 12].

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

Етапи доказово-інформованої практики представлені у моделі 6A (див. рис. 1).

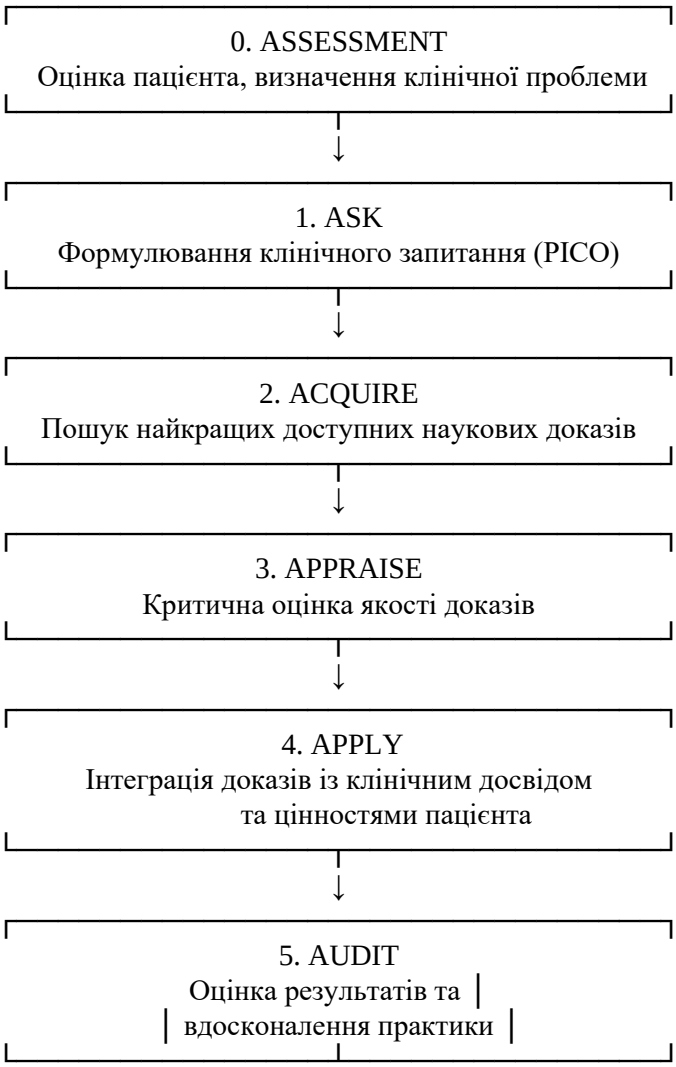

Рис. 1. Алгоритм прийняття клінічного рішення на засадах доказової та доказово-інформованої практики (модель 6A), адаптовано за Sackett D.L. та ін. [9].

Модель 6A відображає послідовний процес прийняття клінічних рішень у межах доказової та доказово-інформованої практики, який включає етапи оцінки пацієнта, формулювання клінічного запитання, пошуку та критичної оцінки доказів, їх інтеграції у практичну діяльність та подальшого аналізу ефективності прийнятих рішень. Застосування цього алгоритму сприяє формуванню системного підходу до клінічного мислення та підвищує ефективність прийняття рішень [17, 19].

На рисунку 2 ви можете побачити Модель трьох компонентів практики, заснованої на доказах (EBP).

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

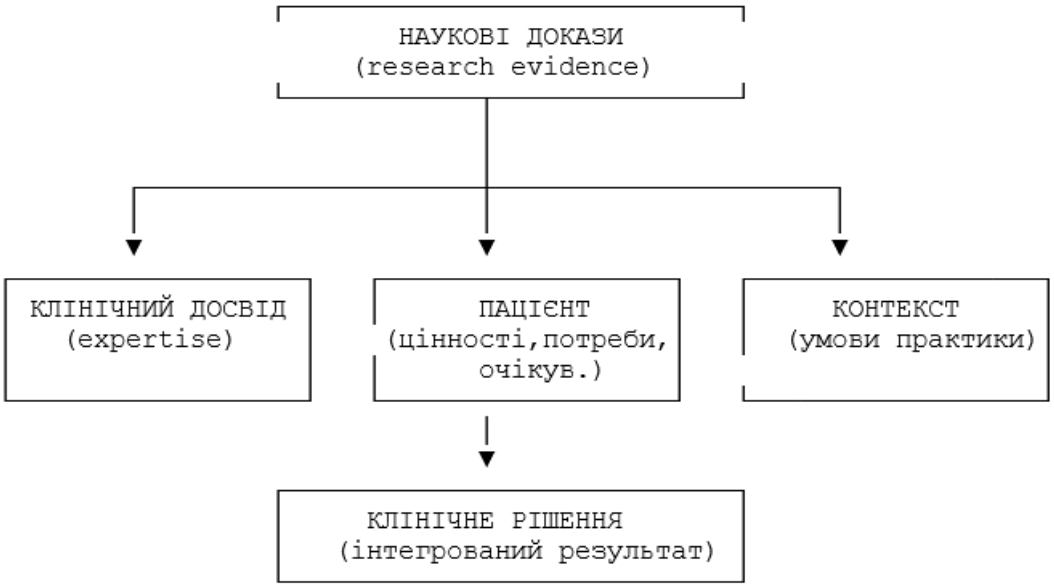

Рис. 2. Модель трьох компонентів практики, заснованої на доказах (EBP), адаптовано за Sackett D.L. та Satterfield J.M. [20; 21].

Модель відображає інтеграцію найкращих наукових доказів, клінічного досвіду та індивідуальних характеристик пацієнта в умовах конкретного контексту практики, що забезпечує обґрунтованість клінічних рішень.

Порівняльна характеристика практики заснованої на доказах (EBP) та доказово-інформованої практики (EIP) відображена на таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика EBP та EIP

Критерій	**Практика, заснована на доказах (EBP)**	**Доказово-інформована практика (EIP)**
Характер підходу	Структурований, більш лінійний	Гнучкий, інтегративний
Основне джерело доказів	Переважно кількісні дослідження	Усі типи досліджень
Роль пацієнта	Враховується	Центральна роль
Ієрархія доказів	Чітка, пірамідальна	Альтернативна (колесо доказів)
Гнучкість	Обмежена	Висока
Орієнтація	На доказ	На пацієнта + контекст
Прийняття рішень	Поетапне	Циклічне, системне
Застосування	Стандартизоване	Індивідуалізоване

Примітка: складено на основі [18; 19; 23].

4. Переваги впровадження доказово-інформованої практики. Впровадження доказово-інформованої практики має низку суттєвих переваг як для пацієнтів, так і для фахівців.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

Для пацієнтів це забезпечує:
- отримання найбільш ефективної та безпечної допомоги;
- підвищення рівня поінформованості та залученості у процес лікування;
- покращення клінічних результатів та якості життя.

Для фізичних терапевтів:
- підвищення впевненості у прийнятих рішеннях;
- розвиток клінічного мислення та професійних компетенцій;
- оптимізацію використання ресурсів;
- зростання професійного задоволення [9; 10; 13].

Крім того, доказово-інформована практика сприяє підвищенню прозорості діяльності та зміцненню довіри до системи охорони здоров'я.

5. Бар'єри впровадження доказово-інформованої практики. Незважаючи на очевидні переваги, впровадження доказово-інформованої практики супроводжується низкою труднощів.

До індивідуальних бар'єрів належать:
- недостатній рівень знань і навичок;
- обмежений досвід роботи з науковими джерелами;
- мовний бар'єр;
- опір змінам та збереження традиційних підходів.

Організаційні бар'єри включають:
- дефіцит часу через високе навантаження;
- недостатній доступ до ресурсів і баз даних;
- відсутність підтримки з боку керівництва;
- слабко розвинену культуру доказової практики [14, 15].

Важливим є те, що подолання цих бар'єрів можливе за умови впровадження освітніх програм, розвитку професійного середовища та підтримки інноваційних підходів у клінічній практиці.

6. Перспективи розвитку доказово-інформованої практики. Подальший розвиток доказово-інформованої практики пов'язаний із удосконаленням освітніх програм, інтеграцією сучасних інформаційних технологій та розширенням доступу до наукових ресурсів.

Особливого значення набуває формування культури критичного мислення серед фахівців, а також розвиток міждисциплінарної співпраці. Важливим напрямом є також адаптація міжнародних рекомендацій до національних умов та створення локальних клінічних протоколів.

У перспективі доказово-інформована практика може стати основою для формування нової моделі реабілітаційної допомоги, орієнтованої на пацієнта та заснованої на наукових доказах.

Висновки.

Узагальнення сучасних наукових підходів до впровадження доказово-інформованої практики у фізичній терапії дозволяє констатувати її ключову роль у підвищенні якості реабілітаційної допомоги та оптимізації процесу прийняття клінічних рішень.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026
ISSN 2786-4952 Online

Встановлено, що доказово-інформована практика є логічним етапом розвитку концепції доказової медицини та практики, заснованої на доказах, і характеризується більшою гнучкістю та орієнтацією на індивідуальні потреби пацієнта. Її сутність полягає в інтеграції найкращих доступних наукових доказів із клінічним досвідом фахівця, цінностями пацієнта та контекстом надання реабілітаційної допомоги.

Доведено, що використання даного підходу сприяє підвищенню ефективності терапевтичних втручань, забезпечує безпечність лікування, покращує комунікацію між фахівцем і пацієнтом та формує передумови для розвитку партнерських відносин у процесі реабілітації. Крім того, доказово-інформована практика дозволяє раціонально використовувати обмежені ресурси системи охорони здоров'я та підвищує рівень професійної відповідальності фізичних терапевтів.

Водночас встановлено, що впровадження доказово-інформованої практики супроводжується низкою бар'єрів, серед яких ключовими є недостатній рівень підготовки фахівців, обмежений доступ до наукових ресурсів, дефіцит часу та організаційні труднощі. Подолання зазначених перешкод потребує комплексного підходу, що включає розвиток системи безперервної професійної освіти, формування культури критичного мислення, а також створення сприятливого професійного середовища.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці ефективних стратегій впровадження доказово-інформованої практики в умовах національної системи охорони здоров'я, адаптації міжнародних клінічних рекомендацій та створенні локальних протоколів фізичної терапії.

Таким чином, доказово-інформована практика є необхідною умовою розвитку сучасної фізичної терапії та важливим інструментом забезпечення високої якості реабілітаційних послуг.

Література:

1. Boaz A., Davies H., Fraser A., Nutley S. What works now? Evidence-informed policy and practice. London : Policy Press, 2019. URL: https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/43124/ (дата звернення: 28.04.2026).

2. Canadian Physiotherapy Association. Standards of practice for physiotherapists in Alberta. 2017. URL: https://www.physiotherapyalberta.ca/files/standards_of_practice.pdf (дата звернення: 28.04.2026).

3. Dawes M., Summerskill W., Glasziou P. et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*. 2005. Vol. 5. P. 1. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1.

4. Dusin J., Melanson A., Mische-Lawson L. Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review. *BMJ Open*. 2023. Vol. 13(5). e071188. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188.

5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992. Vol. 268(17). P. 2420–2425. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026

ISSN 2786-4952 Online

6. Epstein I. Promoting harmony where there is commonly conflict: evidence-informed practice as an integrative strategy. *Social Work in Health Care*. 2009. Vol. 48. P. 216–231.

7. Epstein I. Reconciling evidence-based practice, evidence-informed practice, and practice-based research: the role of clinical data mining. *Social Work*. 2011. Vol. 56. P. 284–288.

8. Gorgon E. J., Basco M. D., Manuel A. T. Teaching evidence-based practice in physical therapy in a developing country: a national survey of Philippine schools. *BMC Medical Education*. 2013. Vol. 13. P. 154. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-154.

9. Haynes R. B., Devereaux P. J., Guyatt G. H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club*. 2002. Vol. 136(2). P. A11–A14.

10. Hoffman T., Bennett S., Del Mar C. Evidence-based practice across the health professions. 2nd ed. Edinburgh : Elsevier, 2013.

11. Johnson C. Evidence-based practice in 5 simple steps. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2008. Vol. 31(3). P. 169–170.

12. Kumah E. A., McSherry R., Bettany-Saltikov J. et al. Evidence-informed practice versus evidence-based practice educational interventions for improving knowledge. *Campbell Systematic Reviews*. 2022. Vol. 18(2). e1233. DOI: https://doi.org/10.1002/cl2.1233.

13. McArthur C., Bai Y., Hewston P. et al. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care. *Implementation Science*. 2021. Vol. 16(1). P. 70. DOI: https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0.

14. Miles A., Loughlin M. Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011. Vol. 17(4). P. 531–536. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01713.x.

15. Mullen E. J., Streiner D. L. The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2004. Vol. 4(2). P. 111–121. DOI: https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh009.

16. Nevo I., Slonim-Nevo V. The myth of evidence-based practice: towards evidence-informed practice. *British Journal of Social Work*. 2011. Vol. 41(1). P. 1–22.

17. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence. 2009. URL: https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence (дата звернення: 28.04.2026).

18. Rosenberg W., Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*. 1995. Vol. 310(6987). P. 1122–1126. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj. 310.6987 .1122.

19. Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996. Vol. 312(7023). P. 71–72. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.312. 7023.71.

20. Sackett D. L., Straus S. E., Richardson W. S., Haynes R. B. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh : Churchill Livingstone, 2005.

21. Satterfield J. M., Spring B., Brownson R. C. et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly*. 2009. Vol. 87(2). P. 368–390. DOI: https://doi.org/ 10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x.

22. Schreiber J., Stern P. A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2005. Vol. 3. P. 1–10.

23. Straus S. E., Glasziou P., Richardson W. S., Haynes R. B. Evidence-based medicine: how to practice and teach it. 4th ed. Edinburgh : Churchill Livingstone Elsevier, 2011.

24. Titler M. G. The evidence for evidence-based practice implementation. In: Hughes R. G. (ed.). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville : AHRQ, 2008.

25. Turner M. Evidence-based practice in health. Canberra : University of Canberra, 2014. URL: https://canberra.libguides.com/evidence (дата звернення: 28.04.2026).

ISSN 2786-4952 Online

26. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: evidence-based practice. 2017. URL: https://world.physio/policy/ps-ebp (дата звернення: 28.04.2026).

References:

1. Boaz, A., Davies, H., Fraser, A., & Nutley, S. (2019). *What works now? Evidence-informed policy and practice*. Policy Press. https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/43124/

2. Canadian Physiotherapy Association. (2017). *Standards of practice for physiotherapists in Alberta*. https://www.physiotherapyalberta.ca/files/standards_of_practice.pdf

3. Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzsolt, F., Burls, A., Osborne, J., & Second International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers and Developers. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education, 5*(1), 1. https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1

4. Dusin, J., Melanson, A., & Mische-Lawson, L. (2023). Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review. *BMJ Open, 13*(5), e071188. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188

5. Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA, 268*(17), 2420–2425. https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032

6. Epstein, I. (2009). Promoting harmony where there is commonly conflict: Evidence-informed practice as an integrative strategy. *Social Work in Health Care, 48*, 216–231.

7. Epstein, I. (2011). Reconciling evidence-based practice, evidence-informed practice, and practice-based research: The role of clinical data mining. *Social Work, 56*, 284–288.

8. Gorgon, E. J., Basco, M. D., & Manuel, A. T. (2013). Teaching evidence-based practice in physical therapy in a developing country: A national survey of Philippine schools. *BMC Medical Education, 13*, 154. https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-154

9. Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club, 136*(2), A11–A14.

10. Hoffman, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed.). Elsevier.

11. Johnson, C. (2008). Evidence-based practice in 5 simple steps. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 31*(3), 169–170.

12. Kumah, E. A., McSherry, R., Bettany-Saltikov, J., van Schaik, P., Hamilton, S., Hogg, J., & Whittaker, V. (2022). Evidence-informed practice versus evidence-based practice educational interventions. *Campbell Systematic Reviews, 18*(2), e1233. https://doi.org/10.1002/cl2.1233

13. McArthur, C., Bai, Y., Hewston, P., Giangregorio, L., Straus, S., & Papaioannou, A. (2021). Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care. *Implementation Science, 16*(1), 70. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0

14. Miles, A., & Loughlin, M. (2011). Models in the balance: Evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*(4), 531–536. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01713.x

15. Mullen, E. J., & Streiner, D. L. (2004). The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(2), 111–121. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh009

16. Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice. *British Journal of Social Work, 41*(1), 1–22.

17. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2009). *Levels of evidence*. https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence

18. Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence-based medicine: An approach to clinical problem-solving. *BMJ, 310*(6987), 1122–1126. https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1122

Журнал «Перспективи та інновації науки»
№5(63) 2026

ISSN 2786-4952 Online

19. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

20. Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Churchill Livingstone.

21. Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly, 87*(2), 368–390. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x

22. Schreiber, J., & Stern, P. (2005). A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 3*, 1–10.

23. Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (4th ed.). Churchill Livingstone Elsevier.

24. Titler, M. G. (2008). The evidence for evidence-based practice implementation. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality.

25. Turner, M. (2014). Evidence-based practice in health. University of Canberra. https://canberra.libguides.com/evidence

26. World Confederation for Physical Therapy. (2017). *Policy statement: Evidence-based practice*. https://world.physio/policy/ps-ebp

Дата першого надходження статті до видання: 30.04.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 14.05.2026