

УДК 615.8:614.253.174(048.4)(045)  
DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2026.1.28>

**Щаслива Ірина Володимирівна,**  
викладач,  
аспірантка кафедри терапії та реабілітації  
Національного університету фізичного виховання і спорту України  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2862-6525>

**Колос Данило Олександрович,**  
викладач,  
аспірант кафедри терапії та реабілітації  
Національного університету фізичного виховання і спорту України  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6535-1087>

**Кучерява Ольга Валеріївна,**  
викладач,  
аспірантка кафедри терапії та реабілітації  
Національного університету фізичного виховання і спорту України  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3260-2903>

**Нор Олена Олександрівна,**  
викладач,  
аспірантка кафедри терапії та реабілітації  
Національного університету фізичного виховання і спорту України  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0475-6904>

**Комліченко Вадим Сергійович,**  
викладач кафедри терапії та реабілітації  
Національного університету фізичного виховання і спорту України  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2957-8107>

## ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ: ДАНІ ОПИТУВАННЯ

**Актуальність.** Розширення клінічної автономії фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, а також зміна моделі реабілітаційної допомоги зумовлюють зростання уваги до питань професійної відповідальності в цій сфері. Особливої ваги ця проблема набуває в умовах мультидисциплінарної взаємодії, де відповідальність розподіляється між кількома учасниками реабілітаційного процесу та не завжди має однозначні межі. Додаткову складність створює необхідність поєднання професійної компетентності, безпеки втручання, дотримання прав пацієнта та належної комунікації в типових клінічних ситуаціях. У статті висвітлено етичні аспекти професійної відповідальності фахівців з фізичної терапії та ерготерапії в типових клінічних ситуаціях реабілітаційної практики.

**Мета** – визначити особливості розуміння меж професійної відповідальності в типових клінічних ситуаціях реабілітаційної практики серед осіб, пов'язаних із фізичною терапією та ерготерапією.

**Матеріали та методи.** Аналіз науково-методичної літератури, нормативно-правових актів, що регулюють відповідальність у сфері охорони здоров'я, соціологічне опитування в Google-формі, аналіз, синтез, узагальнення отриманих даних та методи математичної статистики.

**Результати дослідження.** В опитуванні взяли участь 150 респондентів. Первинна вибірка включала фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів, студентів, а також окремих представників суміжних спеціальностей. Для основного аналізу клінічних кейсів було сформовано аналітичну вибірку з 141 респондента. Отримані дані свідчать про наявність у опитуваних базової професійної етики та підтверджують доцільність використання ситуаційних кейсів у викладанні медичного права й професійної етики у підготовці здобувачів вищої освіти.

**Висновки.** Серед практикуючих фахівців простежується достатньо узгоджена модель етико-правового розуміння відповідальності в реабілітаційному процесі, що обґрунтовує доцільність подальшого розвитку цієї тематики в освітньому процесі.

**Ключові слова:** медичне право, професійна етика, фізична терапія, ерготерапія, професійна відповідальність, реабілітація, клінічний кейс.

## Shchaslyva I. V., Kolos D. O., Kucheriava O. V., Nor O. O., Komlichenko V. S. Ethical aspects of the responsibility of physical and occupational therapy professionals: survey data

**Topicality.** *The expanding clinical autonomy of physical therapists and occupational therapists, together with changes in the model of rehabilitation care, has increased attention to issues of professional responsibility in this field. This problem becomes particularly important in the context of multidisciplinary interaction, where responsibility is distributed among several participants in the rehabilitation process and does not always have clearly defined boundaries. Additional complexity arises from the need to balance professional competence, intervention safety, respect for patients' rights, and effective communication in typical clinical situations. This article addresses the ethical aspects of the professional responsibility of physical therapists and occupational therapists in typical clinical situations of rehabilitation practice.*

**Objective.** *To identify how the boundaries of professional responsibility are understood in typical clinical situations of rehabilitation practice among individuals associated with physical therapy and occupational therapy.*

**Materials and methods.** *The study employed analysis of scientific and methodological literature, review of regulatory and legal acts governing responsibility in healthcare, a sociological survey administered through Google Forms, and methods of analysis, synthesis, generalization, and mathematical statistics.*

**Results.** *The survey involved 150 respondents. The primary sample included physical therapists, occupational therapists, assistants, students, and several representatives of related specialties. An analytical sample of 141 respondents was formed for the main analysis of the clinical cases. The findings indicate that respondents demonstrate a basic level of professional ethical reasoning and support the value of situational case-based learning for teaching medical law and professional ethics in higher education.*

**Conclusions.** *Practicing specialists demonstrated a sufficiently consistent ethical and legal understanding of responsibility within the rehabilitation process, supporting the need for further development of this topic in professional education.*

**Key words:** *medical law, professional ethics, physical therapy, occupational therapy, professional responsibility, rehabilitation, clinical case.*

**Вступ.** У сучасній реабілітаційній практиці питання професійної відповідальності фахівців з фізичної терапії та ерготерапії набувають особливої актуальності у зв'язку з розширенням їх клінічної автономії та зміною моделі надання допомоги. На відміну від традиційної медичної моделі, у якій провідна роль у прийнятті клінічних рішень переважно належала лікарю, сучасна система реабілітації передбачає надання допомоги в межах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка здійснення втручання в різних контекстах – клінічному, домашньому, громадському й соціокультурному – де фахівці з фізичної терапії та ерготерапії реалізують професійні повноваження в межах визначених компетентностей і спільної командної відповідальності [1; 2; 3].

Водночас відповідальність у фізичній терапії та ерготерапії має складніший характер, ніж у багатьох інших клінічних дисциплінах. Результат реабілітаційного втручання залежить не лише від професійних дій фахівця, а й від рівня участі пацієнта, його мотивації, дотримання рекомендацій, клінічного прогнозу та організаційних умов надання допомоги. У зв'язку з цим відповідальність фахівця у цій сфері доцільно розглядати не лише як юридичну категорію, а як комплексне етико-правове явище, що охоплює професійну компетентність, безпеку втручання, належну комунікацію з пацієнтом, міжпрофесійну взаємодію та повагу до автономії особи [4].

У міжнародних етичних стандартах фізичної терапії та ерготерапії акцент робиться на

обов'язку фахівця діяти в інтересах пацієнта, запобігати шкоді, забезпечувати безпечне та професійно обгрунтоване втручання, а також підтримувати поінформовану участь пацієнта у прийнятті рішень. Водночас підкреслюється, що результат реабілітації не може повністю контролюватися фахівцем, оскільки він є наслідком взаємодії між спеціалістом, пацієнтом, його оточенням і клінічним контекстом. Саме це створює напругу між принципами благодіяння, незашкодження, автономії та професійної відповідальності [5; 6; 7].

Для України ця проблема є особливо актуальною в умовах активного розвитку системи реабілітації, нормативного оновлення сфери охорони здоров'я та інституційного становлення професій фізичного терапевта й ерготерапевта. З одного боку, збільшується обсяг клінічної автономії фахівців, з іншого – не завжди існує достатньо чітке розмежування професійної, юридичної та організаційної відповідальності між лікарем, фахівцем з реабілітації та закладом охорони здоров'я при виникненні ускладнень під час втручання. Це формує стан правової та етичної невизначеності, що потребує не лише теоретичного осмислення, а й емпіричного вивчення уявлень самих фахівців і майбутніх спеціалістів щодо меж професійної відповідальності [8; 9; 10].

**Мета та завдання.** *Мета роботи* – визначити особливості розуміння меж професійної відповідальності в типових клінічних ситуаціях реабілітаційної практики серед осіб, пов'язаних із фізичною терапією та ерготерапією.

**Завдання:**

1. Проаналізувати етичні та правові підходи до визначення професійної відповідальності у фізичній терапії та ерготерапії.

2. Визначити особливості розподілу відповідальності між учасниками реабілітаційного процесу в типових клінічних ситуаціях.

3. Оцінити виявлення фахівців і здобувачів освіти щодо меж професійної відповідальності на основі аналізу ситуаційних показників.

4. Виявити чинники, що впливають на інтерпретацію відповідальності (клінічні, організаційні, поведінкові).

5. Обґрунтувати доцільність використання кейсового підходу для формування етико-правового мислення у сфері реабілітації.

**Методи дослідження.** Дослідження виконано у форматі поперечного описового дослідження з використанням ситуаційного анкетування. Опитування проводилося анонімно за допомогою електронної Google-форми. Участь у дослідженні була добровільною, персональні дані респондентів не збиралися.

Інструментом дослідження стала авторська анкета, розроблена на основі типових клінічних ситуацій реабілітаційної практики. Анкета складалася з двох блоків. Перший блок містив запитання щодо професійної ролі респондентів, стажу практичної роботи, основного контингенту пацієнтів/клієнтів, місця роботи (волонтерства) та досвіду навчання з медичного права. Другий блок включав 6 клінічних кейсів, які моделювали можливі ускладнення під час реабілітаційного втручання, зокрема падіння, посилення симптомів, повторне ушкодження, технічну несправність обладнання, ускладнення при використанні ортезів та падіння пацієнта поза межами кабінету після заняття.

Для кожного кейсу респондентам пропонувалося оцінити ступінь відповідальності кожного з чотирьох учасників події – лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фахівця з фізичної терапії/ерготерапії, закладу охорони здоров'я та пацієнта – за шкалою від 0 до 4, де 0 означало відсутність відповідальності, 1 – мінімальну, 2 – помірну, 3 – значну, 4 – повну відповідальність.

Обробку результатів здійснювали шляхом визначення кількісного та відсоткового розподілу відповідей у загальній вибірці, а також розрахунку середніх балів відповідальності для кожного суб'єкта в межах кожного клінічного кейсу. Для представлення результатів використовували узагальнювальні таблиці та відсоткові стовпчикові діаграми.

**Результати дослідження.** Опитування охопило 150 респондентів. Первинна вибірка була неоднорідною та складалася із фахівців з фізичної терапії, ерготерапії, асистентів, студентів і представників суміжних спеціальностей. З метою коректного аналізу клінічних кейсів сформовано аналітичну підвибірку з 141 особи, безпосередньо залученої до сфери фізичної терапії та ерготерапії.

У структурі загальної вибірки переважали фізичні терапевти – 85 осіб (56,7%) та ерготерапевти – 39 осіб (26,0%). Асистенти фізичного терапевта становили 6 осіб (4,0%), асистенти ерготерапевта – 5 осіб (3,3%), студенти – 4 особи (2,7%), респонденти з поєднаною професійною ідентичністю фізичного терапевта та ерготерапевта – 2 особи (1,3%). До категорії інших респондентів увійшли 9 осіб (6,0%).

За стажем практичної роботи найбільшу частку становили особи з досвідом 1–3 роки – 49 респондентів (32,7%), 3–5 років – 40 респондентів (26,7%), до 1 року – 27 респондентів (18,0%), 5–10 років – 24 респонденти (16,0%). Ще 10 відповідей (6,7%) містили індивідуально вказаний стаж, що не відповідав запропонованим категоріям анкети.

Переважає більшість респондентів працювала з дорослими пацієнтами – 111 осіб (74,0%), зі змішаним контингентом – 23 особи (15,3%), з дітьми – 16 осіб (10,7%). За місцем професійної діяльності 73 респонденти (48,7%) працювали в державному стаціонарі, 43 (28,7%) – у приватному центрі, 17 (11,3%) – в амбулаторній реабілітації, ще 17 осіб (11,3%) зазначили інші формати роботи.

Формальне навчання з медичного права проходили 99 респондентів (66,0%), з них 78 осіб (52,0%) – лише в університеті, 21 особа (14,0%) – на додаткових курсах або лекціях. Самостійно вивчали питання медичного права 10 осіб (6,7%), тоді як 41 респондент (27,3%) зазначив, що не проходив такого навчання. Узагальнені характеристики респондентів, включення до дослідження, наведено в табл. 1.

Для ілюстрації структури відповідей у найбільш показових клінічних ситуаціях на рис. 1 подано відсотковий розподіл оцінок відповідальності в трьох кейсах, що репрезентують різні центри відповідальності: пацієнта, заклад охорони здоров'я та клінічних учасників процесу.

Як видно з рис. 1, у кейсі 3 повну або значну відповідальність пацієнту приписали 86,0% респондентів, з них 66,7% оцінили її як повну, а 19,3% – як значну. Водночас щодо лікаря

Таблиця 1

### Характеристика респондентів дослідження

Показник	n	%
Професійна роль		
Фізичний терапевт	85	56,7
Ерготерапевт	39	26,0
Асистент фізичного терапевта	6	4,0
Асистент ерготерапевта	5	3,3
Студент	4	2,7
ФТ/ЕТ (поєднана роль)	2	1,3
Інші	9	6,0
Стаж практичної роботи		
< 1 року	27	18,0
1–3 роки	49	32,7
3–5 років	40	26,7
5–10 років	24	16,0
Інші індивідуальні відповіді	10	6,7
Основний контингент пацієнтів/клієнтів		
Дорослі	111	74,0
Змішаний	23	15,3
Діти	16	10,7
Місце роботи / волонтерства		
Державний стаціонар	73	48,7
Приватний центр	43	28,7
Амбулаторна реабілітація	17	11,3
Інші формати	17	11,3
Навчання з медичного права		
Тільки в університеті	78	52,0
Додаткові курси / лекції	21	14,0
Самостійно	10	6,7
Не проходив/ла	41	27,3

ФРМ цей показник становив лише 14,0%, щодо фахівця з фізичної терапії/ерготерапії – 14,7%, а щодо закладу охорони здоров'я – 10,0%. При цьому 54,0% респондентів оцінили відповідальність лікаря ФРМ як відсутню, 48,7% – відповідальність фахівця з фізичної терапії/ерготерапії, а 67,3% – відповідальність закладу охорони здоров'я. Це свідчить, що в ситуації, коли пацієнт був попереджений про ризики, підписав інформовану згоду та свідомо порушив рекомендації,

основний тягар відповідальності респонденти покладали саме на нього.

У кейсі 4 повну або значну відповідальність закладу охорони здоров'я приписали 80,0% респондентів, з них 61,3% оцінили її як повну, а 18,7% – як значну. Для фахівця з фізичної терапії/ерготерапії цей показник становив 60,0%, тоді як для лікаря ФРМ – 27,3%, а для пацієнта – лише 5,3%. Водночас 72,0% опитаних оцінили відповідальність пацієнта як відсутню, а 38,7% – відповідальність лікаря ФРМ. Такий розподіл свідчить, що в ситуації, де основним чинником ризику була технічна несправність тренажера, респонденти пов'язували несприятливу подію насамперед з організаційною відповідальністю закладу, а не з діями пацієнта.

у клінічному кейсі 5 найвищий рівень відповідальності респонденти найчастіше покладали на лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та фахівця з фізичної терапії/ерготерапії. Так, повну відповідальність лікарю ФРМ приписали 52,0% опитаних, а ще 26,0% – значну, тобто сумарно 78,0% респондентів оцінили його відповідальність як значну або повну. Для фахівця з фізичної терапії/ерготерапії відповідні показники становили 45,3% і 24,7%, тобто 70,0% респондентів також розглядали його як суб'єкта значної або повної відповідальності. закладу охорони здоров'я – 42,0%. Водночас 65,3% опитаних оцінили відповідальність пацієнта як відсутню або мінімальну. Це свідчить, що в ситуації недостатнього інформування щодо використання ортезу відповідальність сприймається насамперед як клінічно-організаційна.

Для узагальнення цієї закономірності в межах усіх шести клінічних ситуацій у таблиці 2 наведено середні бали відповідальності за кожним із суб'єктів.

Аналіз відповідей у клінічних кейсах засвідчив, що респонденти не розглядали професійну відповідальність як одновимірну категорію, пов'язану лише з одним учасником події. У біль-

Таблиця 2

### Середні бали відповідальності за суб'єктами в клінічних кейсах

Кейс	Лікар ФРМ	ФТ/ЕТ	Заклад охорони здоров'я	Пацієнт	Провідний суб'єкт
1	1,90	2,83	1,62	2,43	ФТ/ЕТ
2	3,45	2,23	1,73	2,38	Лікар ФРМ
3	0,91	1,02	0,65	3,45	Пацієнт
4	1,48	2,65	3,33	0,49	Заклад охорони здоров'я
5	3,14	2,92	2,06	1,14	Лікар ФРМ
6	2,16	2,15	1,41	3,05	Пацієнт

шості ситуацій відповідальність інтерпретува-лася як розподілена між лікарем ФРМ, фахівцем з фізичної терапії/ерготерапії, закладом охорони здоров'я та пацієнтом, проте ступінь її вираженості змінювався залежно від механізму виникнення несприятливої події.

Як видно з табл. 2, провідний суб'єкт відповідальності змінювався залежно від клінічного контексту. У ситуаціях, де несприятлива подія була пов'язана з рішенням щодо навантаження, безпосереднім проведенням втручання або недостатнім інформуванням пацієнта, респонденти частіше покладали вищу відповідальність на лікаря ФРМ та/або фахівця з фізичної терапії чи ерготерапії (кейс 1 – падіння під час вертикалізації пацієнта з ортостатичною нестабільністю; кейс 2 – загострення симптомів після збільшення навантаження

всупереч застереженням фізичного терапевта; кейс 5 – подразнення шкіри та поверхнева рана після користування ортезом без належних письмових рекомендацій). Натомість у випадках, де ключовим чинником виступали технічна несправність обладнання або свідоме недотримання пацієнтом рекомендацій, провідна відповідальність переносилася відповідно на заклад охорони здоров'я або самого пацієнта (кейс 4 – біль через несправний обмежувач амплітуди тренажера; кейс 3 – повторне пошкодження після повернення до роботи попри попередження ерготерапевта та підписану інформовану згоду; кейс 6 – падіння після навчання користуванню тростиною за умови, що пацієнт не повідомив про втому та нестійкість).

Дані результати свідчать, що увлєнення респондентів про межі відповідальності мають контек-

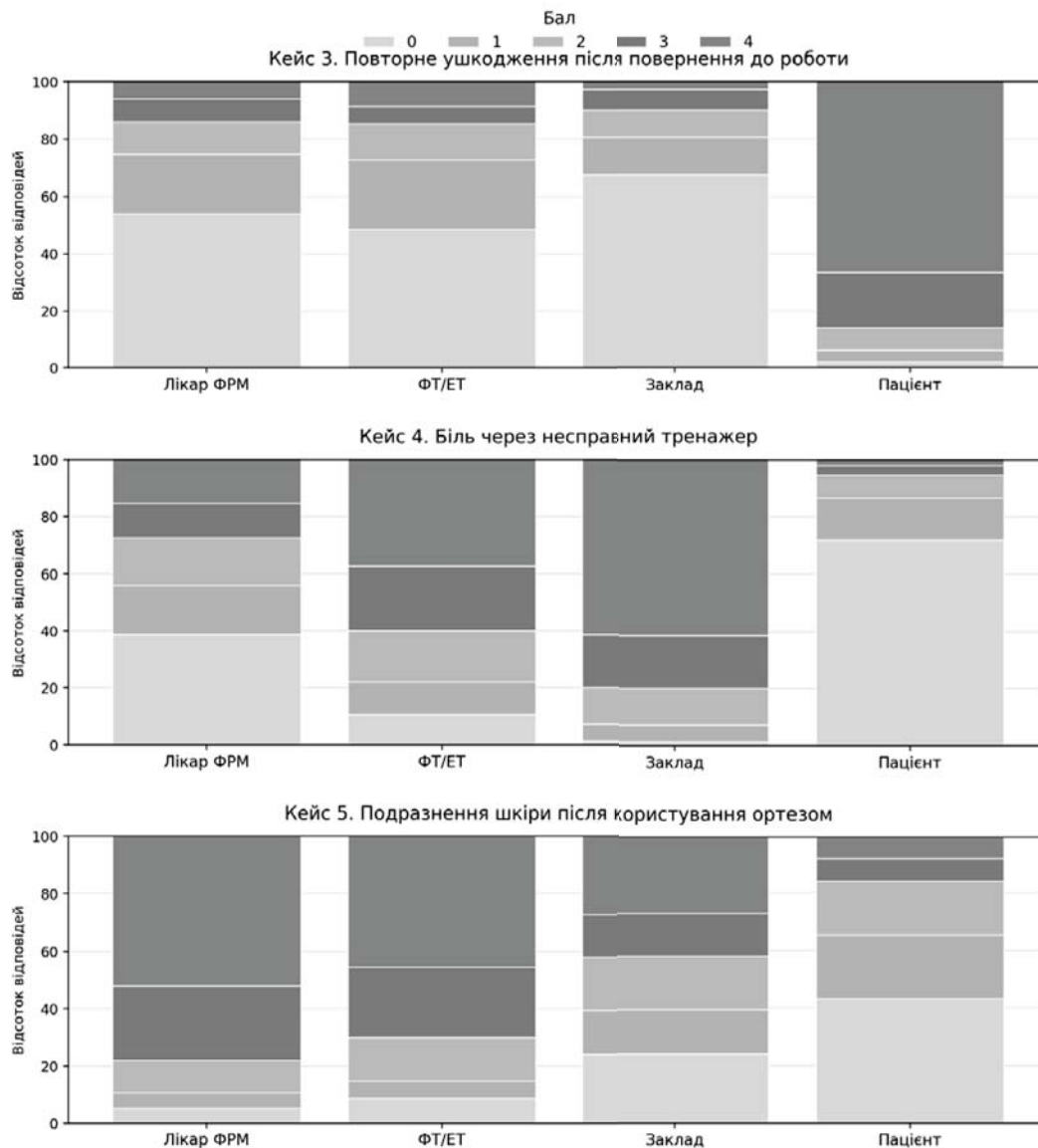


Рис. 1. Відсотковий розподіл оцінок відповідальності в клінічних кейсах 3–5

стно залежний характер. Відповідальність сприймається не як фіксована характеристика окремого професійного суб'єкта, а як розподілена категорія, зміст якої визначається джерелом ризику, характером клінічного рішення, рівнем інформованості пацієнта та умовами надання реабілітаційної допомоги.

Отримані результати доцільно інтерпретувати не як пряму перевірку знання нормативних документів, а як аналіз того, яким чином респонденти розподіляють відповідальність у типових клінічних ситуаціях. У цьому полягає головна цінність проведеного дослідження. Воно показує, що відповідальність у реабілітаційній практиці сприймається не як фіксована ознака однієї професійної ролі, а як явище, зміст якого визначається джерелом ризику, характером клінічного рішення, умовами надання допомоги та поведінкою пацієнта.

Показовим виявилось те, що респонденти не зводили відповідальність виключно до професійного суб'єкта. У випадках, коли пацієнт був належним чином поінформований, але свідомо порушував рекомендації, саме на нього переносився провідний тягар відповідальності. Водночас у ситуаціях, де йшлося про технічну несправність або організаційний дефіцит, провідним суб'єктом відповідальності визначався заклад охорони здоров'я. Це свідчить про достатньо чітке розмежування клінічної та інституційної площин відповідальності.

У професійному сенсі така модель є зрілою, оскільки вона ближча до концепції розподіленої відповідальності, ніж до спрощеного уявлення про «єдиного винного». Подібний підхід узгоджується із сучасними міжнародними професійними стандартами, які пов'язують відповідальність фахівця не лише з результатом втручання, а й з дотриманням меж компетентності, професійним судженням, безпекою, комунікацією та належним інформуванням пацієнта [11; 12].

Разом із тим результати не дають підстав стверджувати, що опитані повною мірою опанували етико-правове поле на нормативному рівні. Анкета не оцінювала знання конкретних законодавчих актів, порядку документування, правил оформлення інформованої згоди чи процедур реагування на інцидент. Тому коректніше говорити не про повне знання права та етики, а про наявність базової професійної моделі інтерпретації відповідальності.

Імовірно, така відносна узгодженість відповідей має кілька причин. По-перше, самі кейси відображали типові для клінічної практики ситуації, у яких джерело ризику є достатньо впізнаваним для

практикуючих фахівців; саме такий формат дає змогу пов'язувати теоретичні положення з реальними професійними рішеннями [13]. По-друге, у вибірці переважали респонденти, безпосередньо залучені до реабілітаційної практики, що, ймовірно, сприяло не абстрактному, а практично орієнтованому оцінюванню відповідальності [14]. По-третє, значна частина учасників мала формальне навчання з медичного права, що також могло впливати на більш упорядковане розуміння меж відповідальності [15].

Практичне значення отриманих даних полягає в тому, що вони підтверджують доцільність використання ситуаційних кейсів у викладанні медичного права та професійної етики для фізичних терапевтів і ерготерапевтів. Саме кейсовий формат дозволяє перейти від декларативного знання норм до аналізу конкретних клінічних сценаріїв, у яких необхідно розпізнати джерело ризику, межі компетентності, роль інформованої згоди, внесок пацієнта та організаційні чинники.

Таким чином, результати дослідження варто оцінювати як свідчення того, що у професійному середовищі фізичної терапії та ерготерапії вже існує відносно узгоджена модель етико-правового розуміння відповідальності. Її зміст полягає не в автоматичному приписуванні провини окремому суб'єкту, а в розмежуванні відповідальності залежно від джерела ризику, характеру клінічної ситуації та ролі кожного з учасників реабілітаційного процесу.

#### **Висновки.**

1. Респонденти продемонстрували достатньо послідовну модель інтерпретації професійної відповідальності в типових клінічних ситуаціях реабілітаційної практики, що свідчить про наявність базових сформованих уявлень щодо меж відповідальності у сфері фізичної терапії та ерготерапії.

2. Уявлення про відповідальність мали контекстно залежний характер: її провідний суб'єкт визначався не формальним статусом учасника події, а механізмом виникнення несприятливої ситуації, характером клінічного рішення, організаційними умовами та поведінкою пацієнта.

3. Отримані результати підтверджують, що професійне мислення респондентів тяжіє до моделі розподіленої відповідальності, у межах якої клінічна, інституційна та поведінкова складові розмежовуються залежно від джерела ризику.

4. Використання ситуаційних кейсів є доцільним інструментом як для емпіричного вивчення етико-правового мислення фахівців, так і для викладання медичного права та професійної етики у підготовці фізичних терапевтів і ерготерапевтів.

5. Аналіз даного дослідження нашої роботи на подальше глибше вивчення питання, що стосується поєднання кейсового аналізу з оцінкою знань нормативної бази, особливостей документування клінічних рішень та реальної практики розподілу відповідальності в мультидисциплінарній команді.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Integrated people-centred health services : website / World Health Organization. URL: [https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1) (дата звернення: 22.03.2026).
2. NHS RightCare Community Rehabilitation Toolkit : guidance / NHS England. 2020. URL: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/wp-content/uploads/sites/40/2020/03/nhs-rightcare-community-rehab-toolkit-v12.pdf> (дата звернення: 22.03.2026).
3. Rehabilitation in health systems: guide for action : report / World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e53b5903-ae0f-426a-8265-d98eb292fd99/content> (дата звернення: 22.03.2026).
4. Standards of conduct, performance and ethics : standards / Health and Care Professions Council. 2024. URL: <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/resources/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics-2024.pdf> (дата звернення: 22.03.2026).
5. Ethical responsibilities of physical therapists and member organisations : policy statement / World Physiotherapy. 2024. URL: [https://world.physio/sites/default/files/2024-04/PS-2023-Ethical-resp\\_3.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2024-04/PS-2023-Ethical-resp_3.pdf) (дата звернення: 22.03.2026).
6. AOTA 2020 occupational therapy code of ethics. *American Journal of Occupational Therapy*. 2020. Vol. 74, suppl. 3. P. 7413410005p1–7413410005p13. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S3006>.
7. Code of Ethics for the Physical Therapist / American Physical Therapy Association. URL: <https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/code-of-ethics-for-the-physical-therapist.pdf> (дата звернення: 22.03.2026).
8. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> (дата звернення: 22.03.2026).
9. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 22.03.2026).
10. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385 : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.12.2023 р. № 2056. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2109-23> (дата звернення: 22.03.2026).
11. Professional standards for occupational therapy practice, conduct and ethics / Royal College of Occupational Therapists. URL: <https://www.rcot.co.uk/explore-resources/standards-guidelines/professional-standards-conduct-ethics> (дата звернення: 22.03.2026).
12. Code of Members' Professional Values and Behaviours / Chartered Society of Physiotherapy. 2019. URL: [https://www.csp.org.uk/system/files/publication\\_files/000529\\_Code%20of%20Members%20Professional%20Values%20and%20Behaviours%202019.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/000529_Code%20of%20Members%20Professional%20Values%20and%20Behaviours%202019.pdf) (дата звернення: 22.03.2026).
13. McLean S. F. Case-based learning and its application in medical and health-care fields: a review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2016. Vol. 3. DOI: <https://doi.org/10.4137/JMECD.S203>.
14. Andersson H., Svensson A., Frank C. et al. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*. 2022. Vol. 23, no. 29. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>.
15. Shrestha C., Shrestha A., Joshi J. et al. Does teaching medical ethics ensure good knowledge, attitude, and reported practice? An ethical vignette-based cross-sectional survey among doctors in a tertiary teaching hospital in Nepal. *BMC Medical Ethics*. 2021. Vol. 22, no. 109. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00676-6>.

#### REFERENCES:

1. World Health Organization. (n.d.). *Integrated people-centred health services* [Website]. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1)
2. NHS England. (2020). *NHS rightcare community rehabilitation toolkit* [Guidance]. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/rightcare/wp-content/uploads/sites/40/2020/03/nhs-rightcare-community-rehab-toolkit-v12.pdf>
3. World Health Organization. (2019). *Rehabilitation in health systems: guide for action* [Report]. Retrieved from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e53b5903-ae0f-426a-8265-d98eb292fd99/content>
4. Health and Care Professions Council. (2024). *Standards of conduct, performance and ethics* [Standards]. Retrieved from <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/resources/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics-2024.pdf>
5. World Physiotherapy. (2024). *Ethical responsibilities of physical therapists and member organisations* [Policy statement]. Retrieved from [https://world.physio/sites/default/files/2024-04/PS-2023-Ethical-resp\\_3.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2024-04/PS-2023-Ethical-resp_3.pdf)
6. American Occupational Therapy Association. (2020). AOTA 2020 Occupational Therapy Code of Ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement\_3), 7413410005p1–7413410005p13. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S3006>
7. American Physical Therapy Association. (2020). *Code of ethics for the physical therapist* [Policy]. Retrieved from <https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/code-of-ethics-for-the-physical-therapist.pdf>
8. Verkhovna Rada Ukrainy. (2020). *Pro rehabilitatsiiu u sferi okhorony zdorov'ia* [On rehabilitation in the field of healthcare] (Law of Ukraine No. 1053-IX). Kyiv. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> [in Ukrainian]
9. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2021). *Pytannia orhanizatsii rehabilitatsii u sferi okhorony zdorov'ia* [Issues of organization of rehabilitation in the field of healthcare] (Resolution No. 1268). Kyiv. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF> [in Ukrainian]

10. Ministerstvo okhorony zdorov'ia Ukrainy. (2023). *Pro vnesennia zmin do nakazu Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy vid 28 zhovtnia 2002 roku No. 385* [On amendments to the order of the Ministry of Health of Ukraine dated October 28, 2002 No. 385] (Order No. 2056). Kyiv. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2109-23> [in Ukrainian]
11. Royal College of Occupational Therapists. (2021). *Professional standards for occupational therapy practice, conduct and ethics*. Retrieved from <https://www.rcot.co.uk/explore-resources/standards-guidelines/professional-standards-conduct-ethics>
12. Chartered Society of Physiotherapy. (2019). *Code of members' professional values and behaviours*. Retrieved from [https://www.csp.org.uk/system/files/publication\\_files/000529\\_Code%20of%20Members%20Professional%20Values%20and%20Behaviours%202019.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/000529_Code%20of%20Members%20Professional%20Values%20and%20Behaviours%202019.pdf)
13. McLean, S. F. (2016). Case-based learning and its application in medical and health-care fields: a review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 3. <https://doi.org/10.4137/JMECD.S203>
14. Andersson, H., Svensson, A., Frank, C., Koch, S., & Vigani, D. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*, 23(29). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>
15. Shrestha, C., Shrestha, A., Joshi, J., & Shrestha, R. (2021). Does teaching medical ethics ensure good knowledge, attitude, and reported practice? An ethical vignette-based cross-sectional survey among doctors in a tertiary teaching hospital in Nepal. *BMC Medical Ethics*, 22(109). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00676-6>

Дата першого надходження статті до видання: 23.03.2026  
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 21.04.2026  
Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.05.2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії  
відкритого доступу (CC BY 4.0)