

УДК 005.21:364.69:316.647

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2025.4.21>

## РОЗРОБЛЕННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ УПЕРЕДЖЕННЯМИ У РОБОТІ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Малініна Наталя Геннадіївна,**

кандидат фармацевтичних наук, доцент,  
доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту,  
маркетингу та забезпечення якості у фармації  
Національного фармацевтичного університету  
ORCID: 0000-0001-7796-1924

**Жадько Світлана Вікторівна,**

кандидат фармацевтичних наук, доцент,  
доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту,  
маркетингу та забезпечення якості у фармації  
Національного фармацевтичного університету  
ORCID: 0000-0002-4533-2370

**Рогуля Ольга Юріївна,**

кандидат фармацевтичних наук, доцент,  
доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту,  
маркетингу та забезпечення якості у фармації  
Національного фармацевтичного університету  
ORCID: 0000-0001-5065-4545

**Бондарєва Ірина Василівна,**

кандидат фармацевтичних наук, доцент,  
доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту,  
маркетингу та забезпечення якості у фармації  
Національного фармацевтичного університету  
ORCID: 0000-0003-2415-9780

**Бабічева Ганна Сергіївна,**

кандидат фармацевтичних наук, доцент,  
доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту,  
маркетингу та забезпечення якості у фармації  
Національного фармацевтичного університету  
ORCID: 0000-0002-5868-5239

*Виявлення та усвідомлення упереджень, що виникають у професійній діяльності медичних працівників, є ключовою передумовою надання своєчасної, скоригованої та персоналізованої реабілітаційної допомоги. Така допомога базується на тісній взаємодії з пацієнтом, встановленні довірливих взаємовідносин і неупередженому ставленні до особистості хворого.*

*Стаття присвячена розробці моделі управління упередженнями в роботі фахівця з реабілітації на основі вивчення видів прихованих упереджень у практиці фізичного терапевта й ерготерапевта та узагальнення зарубіжного досвіду. Для фахівців з фізичної терапії та ерготерапії особливо важливо підтримувати позитивну установку щодо кожного пацієнта, уникаючи проявів надмірної критичності або оцінювальних суджень. Такий підхід потребує створення професійного середовища, у якому упередження не лише усвідомлюються, але й системно мінімізуються шляхом впровадження ефективних стратегій саморефлексії та розвитку культурної компетентності.*

*На основі аналізу наукових джерел визначено основні типи упереджень, з якими можуть стикатися фахівці у сфері реабілітації. До них належать упередження, пов'язані з віком, масою тіла, соціально-економічним статусом, расовою чи етнічною належністю, наявністю інвалідності, станом психічного здоров'я, зовнішністю та місцем проживання пацієнтів. Усі зазначені чинники можуть істотно впливати на якість професійної взаємодії між фахівцем і пацієнтом, а відтак – на ефективність реабілітаційного процесу.*

З огляду на міжнародну практику, розглянуто можливість застосування «Тесту прихованих асоціацій» українськими фахівцями з реабілітації з метою діагностування потенційних прихованих упереджень щодо осіб із надмірною вагою, інвалідністю або за статевою ознакою. Отримані результати є основою для розроблення індивідуальних стратегій підвищення рівня професійної свідомості та етичної компетентності.

За результатами проведених досліджень розроблено модель управління упередженнями у роботі фахівців з реабілітації, що ґрунтується на розумінні передумов і чинників формування упереджень та дозволяє визначити їх види. Впровадження рекомендованих заходів та активне залучення пацієнтів до прийняття рішень з планування терапії сприятиме зменшенню випадків упередженого ставлення.

Запропоновано комплекс заходів, спрямованих на подолання прихованих упереджень, що передбачає підвищення рівня обізнаності фахівців щодо різновидів упереджень, аналіз типових професійних ситуацій, у яких можливий прояв упередженого ставлення, визначення потреб у розвитку навичок неупередженої комунікації з пацієнтами тощо.

**Ключові слова:** фізична терапія, ерготерапія, фахівець з реабілітації, фізичний терапевт, ерготерапевт, приховане упередження, стереотипи, дискримінація, культурна компетентність.

### **Natalia Malinina, Svitlana Zhadko, Olha Rohulia, Iryna Bondarieva, Ganna Babicheva. Development of a bias-management model in the work of rehabilitation specialists**

*Identifying and understanding biases that arise in the professional activities of healthcare workers is a key prerequisite for providing timely, tailored, and personalized rehabilitation care. Such care relies on close interaction with the patient, the establishment of trusting relationships, and an impartial attitude toward the individual.*

*The article is devoted to developing a model for managing biases in the work of rehabilitation specialists based on the study of types of implicit biases in the practice of physical therapists and occupational therapists, as well as the synthesis of international experience. For physical and occupational therapy specialists, it is particularly important to maintain a positive attitude toward every patient, avoiding excessive criticism or evaluative judgments. This approach requires creating a professional environment in which biases are not only recognized but also systematically minimized through effective strategies of self-reflection and the development of cultural competence.*

*Based on an analysis of scientific literature, the main types of biases that rehabilitation specialists may encounter have been identified. These include biases related to age, body weight, socioeconomic status, racial or ethnic identity, disability, mental health, appearance, and place of residence. All these factors can significantly influence the quality of professional interaction between a specialist and a patient, and therefore affect the effectiveness of the rehabilitation process.*

*In view of international practices, the possibility of using the Implicit Association Test (IAT) by Ukrainian rehabilitation professionals to diagnose potential implicit biases regarding individuals with overweight, disabilities, or of a particular gender is examined. The obtained results serve as a basis for developing individual strategies to improve professional awareness and ethical competence.*

*Based on the conducted research, a model for managing biases in the work of rehabilitation specialists has been developed. It is grounded in understanding the prerequisites and factors that shape biases and enables the identification of their types. Implementing the recommended measures and actively involving patients in decision-making regarding therapy planning will contribute to reducing instances of biased attitudes.*

*A set of measures aimed at overcoming implicit biases is proposed. These include increasing professionals' awareness of the various types of biases, analyzing typical professional situations in which biased attitudes may arise, and identifying the need for developing skills in unbiased communication with patients.*

**Key words:** physical therapy, occupational therapy, rehabilitation specialist, physical therapist, occupational therapist, implicit bias, stereotypes, discrimination, cultural competence.

**Вступ.** У сучасному світі, де рівноправність та інклюзивність стають ключовими цінностями, питання справедливого, неупередженого ставлення до пацієнтів під час надання медичної допомоги набуває особливої актуальності [1]. Для надання рівноцінної та якісної допомоги різним категоріям пацієнтів фахівці, які працюють у галузі охорони здоров'я, повинні мати позитивну установку щодо особистості пацієнта, визнавати його цінності без упереджень, не виявляти зайвої критичності. Доступність і якість медичної допомоги не мають залежати від мови спілкування пацієнта, його зовнішнього вигляду чи наявних шкідливих звичок. Наприклад, упередження, які створюють перешкоди під час кому-

нікацій медичного персоналу з вимушено переміщеними особами внаслідок російської агресії, можуть бути обумовлені почуттям провини перед людиною, яка пережила бомбардування, окупацію. Також не повинні впливати на якість медичного обслуговування мотиви пацієнта при ухваленні рішення про евакуацію [2].

Фізична терапія та ерготерапія, завданнями яких є відновлення й покращення якості життя пацієнтів, не є винятком. Фізичні терапевти та ерготерапевти, як фахівці з реабілітації, працюють з пацієнтами в різноманітних умовах, включаючи заклади охорони здоров'я (стаціонари й амбулаторії) та домівки пацієнтів. Вони взаємодіють з людьми, які мають різні соціальні детер-

мінанти (рівень освіти, економічний статус), життєвий досвід і фізичні можливості. З огляду на те, що фізичні терапевти й ерготерапевти, а також асистенти фізичних терапевтів й ерготерапевтів проводять з пацієнтами більше часу, ніж інші медичні працівники, встановлення довірливих відносин і дотримання плану лікування є надзвичайно важливими для успіху терапії. Будь-які, у тому числі й неусвідомлені упередження, які можуть виникати у фахівців з реабілітації щодо різних груп пацієнтів, здатні негативно вплинути на якість реабілітаційної допомоги і створюють серйозні виклики для фахівців у цій сфері [3].

В Україні фізична терапія набуває дедалі більшої важливості, особливо в умовах повномасштабної війни, коли зростає кількість пацієнтів з важкими травмами та політравмами. Зростає потреба в ефективних підходах до реабілітації, що базуються на справедливому неупередженому ставленні до пацієнтів. При цьому ключовим фактором запобігання проявам упередженості, стигматизації та дискримінації в закладах охорони здоров'я є усвідомлене коректування медичним персоналом власної поведінки, сформованої на основі стереотипів. Отже, необхідно створювати середовище, в якому упередження усвідомлюються і мінімізуються на основі застосування ефективних управлінських стратегій та розвитку культурної компетентності фахівців з реабілітації.

**Мета та завдання.** Розробка моделі управління упередженнями у практиці фахівців з реабілітації на підставі аналізу зарубіжного досвіду щодо видів прихованих упереджень, притаманних фізичним терапевтам і ерготерапевтам.

Завданнями дослідження є опрацювання вітчизняної практики принципів надання реабілітаційної допомоги; узагальнення зарубіжного досвіду щодо визначення неявних упереджень у сфері охорони здоров'я; аналіз видів прихованих упереджень, які можуть виникати у роботі фізичних терапевтів й ерготерапевтів, розробка моделі управління упередженнями у практиці фахівців з реабілітації та визначення напрямів їх подолання.

**Методи дослідження.** Використано загальнонаукові методи аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення. Проаналізовано наукові публікації в міжнародних наукометричних базах, вітчизняну нормативно-правову базу з питань реабілітації в охороні здоров'я. Пошук здійснювався за ключовими словами *physical therapy* (фізична терапія), *occupational therapy* (ерготерпія), *explicit bias* (явне упередження), *implicit* (приховане упередження).

**Результати.** Фізичні терапевти й ерготерапевти, а також асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів як фахівці з реабілітації повинні дотримуватись загальних принципів проведення реабілітації, визначених законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [4]. Такими принципами є пацієнтоцентричність, цілеспрямованість, своєчасність, послідовність, безперервність та функціональна спрямованість проведення реабілітації. Зокрема, принцип пацієнтоцентричності передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань пацієнта, якому надається реабілітаційна допомога (або ж його законних представників чи членів сім'ї), а також безпосередню участь пацієнтів у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану.

Українською Асоціацією фізичної терапії розроблено документ «Етичний кодекс та професійна поведінка фізичного терапевта в Україні», що також визначає низку етичних принципів, яких повинні дотримуватись фізичні терапевти в Україні, для того, щоб гарантувати безпечність та сприяти благополуччю людей з обмеженнями життєдіяльності. Професійну поведінку фізичних терапевтів під час провадження ними професійної діяльності визначають такі основні етичні принципи, що покладені в основу Кодексу: надання справедливих послуг фізичної терапії; уникнення нанесення будь-якої шкоди; дії в кращих інтересах пацієнта; повага особистої незалежності. Згідно з Кодексом, усі люди, які цього потребують, мають право на отримання послуг фізичних терапевтів, незважаючи на вік, стать, расу, національність, релігію або політичні переконання. Крім того, пацієнт має право на повагу його культурних цінностей [5].

Для реалізації наведених принципів проведення реабілітації необхідна тісна взаємодія та встановлення довірливих взаємовідносин фахівців з реабілітації з пацієнтами. Фізичний терапевт оцінює функціональні порушення пацієнта за спеціальними шкалами, разом із пацієнтом визначає реабілітаційні цілі та розробляє індивідуальний план реабілітації, він виступає в ролі наставника для пацієнта. Для фізичного терапевта важливими є такі якості, як емпатія, пунктуальність і комунікабельність. Взаємовідносини з пацієнтом повинні базуватись на розумінні, повазі та співчутті. Підтримка, а саме прагнення бути корисним, є однією з найважливіших умов ефективної взаємодії лікаря і пацієнта. Розуміння або ж, навпаки, відстороненість

і незацікавленість фахівця можуть бути виявлені як вербальним, так і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови, тоном та інтонацією голосу. Повага проявляється у належній манері спілкування, визнанні пацієнта як особистості й уважному ставленні до його потреб. Здатність лікаря до співчуття й вміння поставити себе на місце пацієнта можуть суттєво впливати на ефективність співпраці [6]. Окрім того, зневажлива по відношенню до хворого поведінка лікаря свідчить про низький рівень його як професійної, так і загальної культури.

Довірливі стосунки фізіотерапевта з пацієнтом є особливо важливими з огляду на те, що частота візитів до фізіотерапевта зазвичай набагато вища (наприклад, 1–3 рази на тиждень протягом 12 тижнів), ніж частота відвідувань інших фахівців первинної медичної допомоги.

У сучасній науковій літературі значна увага приділяється упередженням у сфері медичної (реабілітаційної) допомоги, серед яких важливе місце належить прихованим (неявним, несвідомим) упередженням. Вважається, що такі упередження властиві всім людям, формуються всупереч усвідомленим цінностям і мають специфічні прояви у різних сферах людської діяльності. Психологи Махзарін Банаджі та Ентоні Грінвальд у 1995 році уперше визначили концепцію «неявна упередженість» (implicit bias) як «соціальну поведінку, на яку значною мірою впливають несвідомі асоціації та судження» [7]. Ця упередженість зазвичай обумовлена такими чинниками, як раса, стать, вік та культурні відмінності. До формування концепції неявної упередженості був поширений термін «несвідомі упередженість» (unconscious bias), на цей час обидва терміни використовуються як синоніми.

*Неявні упередження* – це негативні ставлення й переконання, судження, які виникають щодо певних людей або груп людей на підсвідомому рівні. Вони тісно пов'язані зі стереотипами, тобто схильністю індивідуумів приписувати певні риси і властивості всім особам, що належать до певної групи [8]. Ці упередження виникають, коли існує розрив між тим, у що людина свідомо вірить і як прагне діяти, та впливом на її мислення, рішення і поведінку неявних негативних асоціацій та оцінок. Незважаючи на те, що ці упередження діють на підсвідомому рівні, вони можуть стати причиною несправедливого ставлення до людей через їхню стать, вік або інші характеристики. На відміну від прихованих упереджень, явні упередження (explicit bias) є свідомими думками

щодо груп людей, що мають певні відмінності.

Низка досліджень підтверджують вагоме значення неявних упереджень у сфері охорони здоров'я [7, 9]. Майже всі дослідження в рамках одного систематичного огляду демонструють присутність цієї категорії упереджень серед лікарів та медсестер [10]. У цьому ж огляді узагальнені чинники, що викликають приховану упередженість медичних працівників, такі, як раса чи етнічна приналежність, стать, соціально-економічний статус, вік, наявність психічних захворювань, надмірна вага, наявність СНІДу, наркозалежність, обмеження життєдіяльності, соціальні обставини та інші [10].

Дослідження, проведене в Університеті Північної Кароліни (США), яке охоплювало 59 фахівців з фізичної терапії, показало, що ортопедичним й дитячим фізичним терапевтам теж притаманні показники прихованої упередженості щодо раси й обмеженої життєдіяльності пацієнтів, як і широкій громадськості та іншим медичним працівникам [11].

В іншому дослідженні американських вчених за участі 6113 асистентів ерготерапевтів й асистентів фізичних терапевтів вивчались явні та приховані упередження щодо людей з інвалідністю. Більшість фахівців відповідали про відсутність у них явних упереджень щодо людей з інвалідністю чи людей без інвалідності. Проте за результатами тесту більшість фахівців виявились негативно налаштованими до людей з інвалідністю, що свідчить про низький рівень явної та високий рівень прихованої упередженості. Дослідники припускають, що сильне приховане упередження може впливати на взаємодію фахівців з реабілітації з пацієнтами з інвалідністю [12].

Неявні упередження можуть призводити до дискримінації та нерівного ставлення до різних груп людей, які вже й так є вразливими або перебувають у несприятливому становищі. Наявність таких упереджень у медичних працівників може призвести до позбавлення певних пацієнтів належного медичного догляду. До вразливих груп пацієнтів у різних країнах можуть потрапляти діти, жінки, люди похилого віку, етнічні меншини, корінне населення, іммігранти, малозабезпечені особи, пацієнти з низьким рівнем медичної грамотності, сексуальні меншини, люди з психічними захворюваннями, люди з надмірною вагою, особи з обмеженням життєдіяльності (інвалідністю) [10].

Інші види дискримінації, які можуть формуватися з прихованих упереджень, включають сексизм (несправедливе ставлення до іншої людини

через її стать), ейджизм (дискримінація особи на підставі її віку), гомофобію (стереотипи й упередження щодо гомосексуальних людей) та ейблізм (системна дискримінація людей з хронічними захворюваннями або інвалідністю) [13].

Неявні упередження (частіше за все ненавмисні) можуть негативно впливати на якість та рівень медичної допомоги в цілому. Будучи неусвідомленими, вони можуть впливати на ставлення і поведінку медичних працівників навіть більше, ніж свідомі упередження [14]. У роботі фізичних терапевтів та ерготерапевтів неявні упередження можуть ускладнювати такі важливі аспекти міжособистісної взаємодії, як довіра пацієнта, зоровий контакт, вербальна і невербальна комунікація; погіршувати реакцію на відгуки пацієнта; негативно впливати на адекватність оцінки потреб пацієнтів при обстеженнях та вибір методів лікування. Зазначене може призвести до дискримінації та нерівності в охороні здоров'я, нерівномірного розподілу ресурсів та неналежної якості медичних (реабілітаційних) послуг, особливо для пацієнтів із вразливих груп.

Пацієнти, зі свого боку, схильні відчувати приховані упередження по відношенню до себе, що

може викликати в них відчуття невпевненості, небезпеки, байдужості, відмову розповідати лікарю про важливі аспекти стану здоров'я чи життєвих обставин, уникнення лікування чи повернення на наступний курс терапії [14].

Справедливе ставлення й надання належної реабілітаційної допомоги потребує від фізичних терапевтів й ерготерапевтів уникнення будь-яких упереджених оцінок щодо пацієнтів. Наприклад, приховане негативне упередження щодо людей з надмірною вагою може бути пов'язане зі стереотипами їх сприйняття як недбалих, нестаранних, лінєвих чи менш розумних індивідуумів. На підсвідомому рівні у фахівців можуть виникати припущення, що такі пацієнти мають низький рівень самоконтролю, не займаються спортом або харчуються нерационально, мають низький рівень медичної грамотності, гірше відповідають вимогам та менш схильні до виконання рекомендацій. Ці упередження можуть призвести до неусвідомленого негативного ставлення до таких пацієнтів [14, 15]. Як наслідок підсвідомих припущень щодо недостатньої фізичної активності та нерационального харчування таких пацієнтів фізичний терапевт може оцінювати їх лікування як більш

Таблиця 1

### Приховані упередження в практиці фізичного терапевта та ерготерапевта

Вид упередження	Приклад упередження	Можливий негативний вплив на роботу фахівців
Вік	Молодші пацієнти більш мотивовані, люди старшого віку менш здатні до відновлення	Нерівномірний розподіл уваги та ресурсів, менш інтенсивні програми для старших пацієнтів
Надмірна вага	Пацієнти з надмірною вагою менш мотивовані до фізичної активності, не дотримуються дієти, харчуються нерационально	Недостатня наполегливість у лікуванні, менш інтенсивні програми для пацієнтів з надмірною вагою
Соціальний статус	Пацієнти з низьким соціальним статусом менш зацікавлені у своєму здоров'ї	Недостатня наполегливість у лікуванні, менше інформації, що надається пацієнту
Раса (етнічна приналежність)	Стереотипи щодо певних груп можуть впливати на ставлення до пацієнтів та клінічні рішення лікарів	Нерівномірний розподіл ресурсів, нерівномірна якість послуг, дискримінація
Стать	Жінки менш витривалі, чоловіки менш схильні звертатися за допомогою	Недостатня наполегливість в реабілітації жінок, менша чуйність до потреб чоловіків
Інвалідність	Пацієнти з певними видами інвалідності мають менше шансів на успішну реабілітацію	Менша наполегливість в реабілітації, обмеження у виборі методів реабілітації, низькі очікування щодо результатів пацієнтів
Психічне здоров'я	Пацієнти з психічними розладами менш здатні до співпраці або мають менше шансів на успішну реабілітацію	Менша увага до потреб пацієнта, ускладнена комунікація, обмеження у виборі методів реабілітації
Зовнішній вигляд	Оцінювання пацієнтів на основі їхнього зовнішнього вигляду, одягу тощо	Ускладнення чи уникнення комунікацій, зменшення зорового контакту, менше інформації про обставини життя пацієнта, недостатнє приділення уваги потребам пацієнта
Місце проживання	Сприйняття пацієнтів, що живуть у сільській місцевості чи неблагополучних районах, як менш освічених і менш обізнаних в питаннях здоров'я	Менша увага до потреб пацієнта, ускладнена комунікація, менше інформації про обставини життя пацієнта, рекомендації, які неможливо виконати через місце проживання

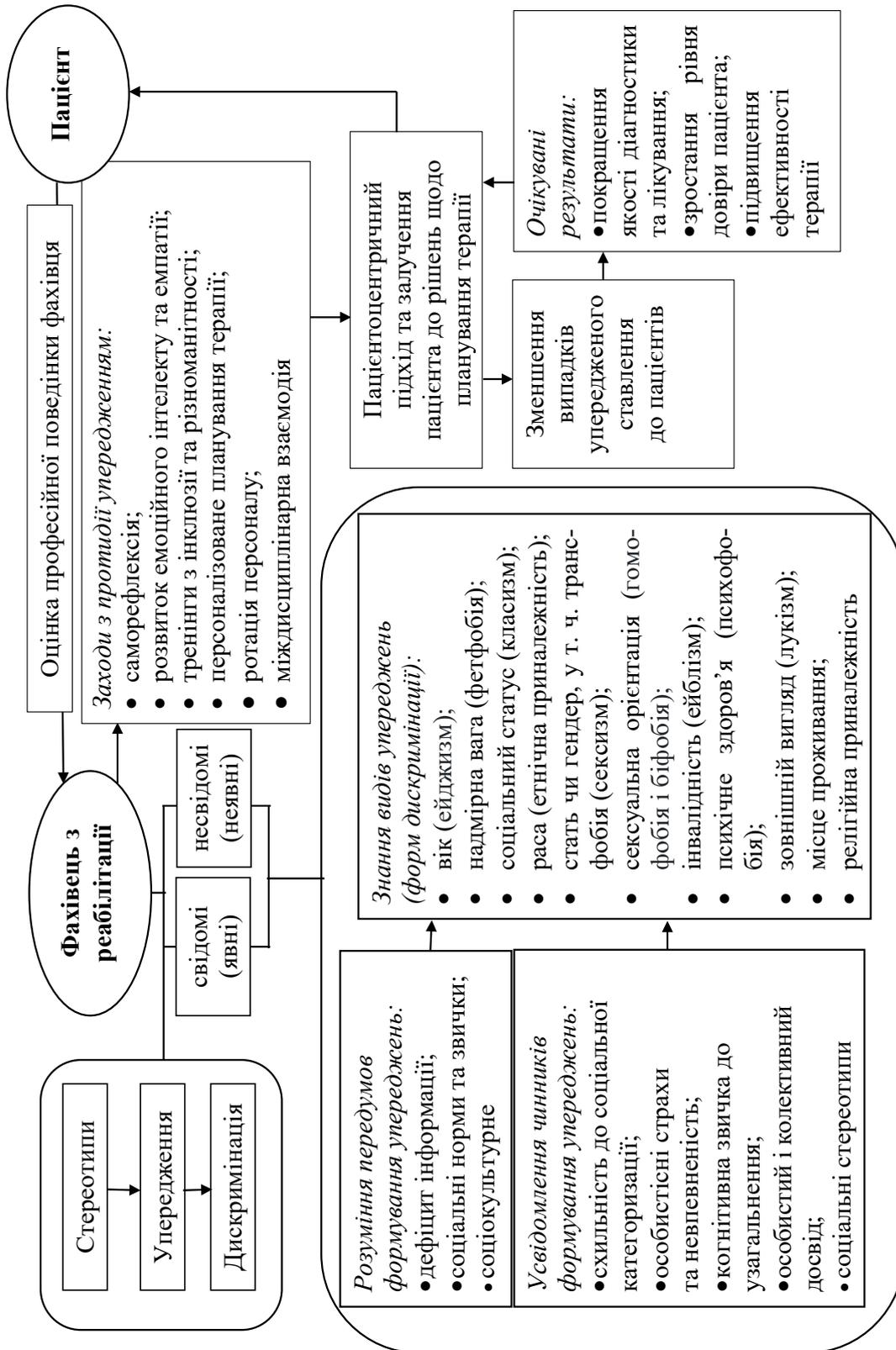


Рис. 1. Модель управління упередженнями у роботі фахівців з реабілітації

складне, а дотримання пацієнтом режиму лікування як менш ймовірне. Пацієнти, у свою чергу, можуть отримувати осуд або боятися бути негативно осудженими за наявність зайвої ваги [14].

На основі вивчення літературних джерел нами проаналізовані різні види упереджень, з якими можуть стикатися фізичні терапевти й ерготерапевти та узагальнено їхній можливий вплив на роботу фахівців (табл. 1). Зокрема розглянуто упередження, що стосуються віку, зайвої ваги, соціального статусу, раси (етнічної приналежності), інвалідності, психічного здоров'я, зовнішнього вигляду та місця проживання пацієнтів [3, 14].

Виявлення та усвідомлення прихованих упереджень у роботі фізичного терапевта й ерготерапевта з пацієнтами є першим кроком до їх подолання. Це дозволяє критично оцінити власні установки та скоригувати підходи до реабілітації, щоб забезпечити рівноправне ставлення та персоналізовану реабілітаційну допомогу, що відповідає потребам пацієнтів.

На сьогоднішній день золотим стандартом для оцінювання прихованих упереджень вважається «Тест прихованих асоціацій» (The implicit association test, IAT), який був створений у 1995 р. соціальними психологами Mahzarin Banaji та Tony Greenwald. Тест складається з 18 субтестів для вимірювання ставлення до різних расових та етнічних груп та упереджень щодо ваги, статі, інвалідності та інших сфер [13].

Під час тесту учаснику на екрані показують слова та зображення, які потрібно швидко класифікувати, натискаючи певні клавіші. Наприклад, у субтесті на виявлення упереджень щодо віку («старий – молодий») використовуються два набори категорій: зовнішній вигляд людей («молодий» і «старий») та дві групи оціночних слів: позитивні («чудовий», «веселий», «щасливий», «насолоджуватися», «любити», «святкувати», «відмінний») та негативні («потворний», «бридкий», «смуток», «невдача», «ненавидіти», «горе», «зло», «зневажати»).

Після класифікації зображень («старий» чи «молодий») і позитивних та негативних слів, учасник отримує комбіноване завдання («молодий або позитивне» і «старий або негативне»). Потім комбінація змінюється: необхідно розподілити зображення і слова за категоріями «старий або позитивне» чи «молодий або негативне». На основі аналізу часу реакції тест визначає, наскільки швидко учасник реагує в різних умовах. Якщо людині легше класифікувати «молодий + позитивне» і «старий + негативне», це вка-

зує на наявність неусвідомленої упередженості проти людей старшого віку. Тест вимірює неявні упередження, і навіть якщо учасник вважає, що не має таких упереджень, результати можуть виявити приховані негативні асоціації. Результати тесту зазвичай подаються як «перевага молодим перед старими», «відсутність упередженості», або «перевага старим перед молодими».

За даними електронного ресурсу Project Implicit®, серед близько 975 тис. учасників вікового субтесту, що був складений у 2002-2015 рр., автоматичну перевагу молодим людям порівняно зі старими виявили 67% учасників, з яких 30% виявили сильну перевагу.

Значна частина субтестів «Тесту прихованих асоціацій» спрямована на вимірювання ставлення до різних расових та етнічних груп, що актуально для таких багатонаціональних країн, як США. Для українських фахівців з реабілітації за допомогою цього тесту можна продіагностувати наявність прихованих упереджень щодо людей із зайвою вагою, різної статі чи наявністю інвалідності.

Перехід від усвідомлення прихованих упереджень до їх подолання вимагає системного підходу, заснованого на безперервному навчанні та вдосконаленні професійних навичок фізичних терапевтів й ерготерапевтів.

На підставі аналізу зарубіжного досвіду розроблено модель управління упередженнями у роботі фахівця з реабілітації (рис. 1), яка спирається на розуміння передумов та усвідомлення чинників формування упереджень, що дає можливість досягнути їхні види та, впроваджуючи рекомендовані заходи протидії й залучаючи пацієнтів до прийняття рішень щодо планування терапії, зменшити випадки упередженого ставлення. Запропоновано систему заходів з подолання прихованих упереджень у роботі фізичного терапевта та ерготерапевта, зокрема:

- навчання фахівців методикам виявлення прихованих упереджень та оцінці їхнього можливого впливу на роботу фізичного терапевта й ерготерапевта;
- аналіз ситуацій, де можуть виникати упереджені ставлення у практиці фізичного терапевта й ерготерапевта, впровадження етичних стандартів надання реабілітаційної допомоги;
- виявлення потреб фахівців у вдосконаленні неупередженої взаємодії з певними категоріями пацієнтів;
- навчання й самовдосконалення фахівців шляхом участі у тематичних семінарах і тренін-

гах, читання наукової літератури тощо, розвиток культурної компетентності фахівця;

- набуття навичок використання комунікативних технік, необхідних для порозуміння та взаємодії між фахівцями з реабілітації та пацієнтами;
- розвиток навичок емпатичного спілкування з пацієнтами, які мають ознаки, що відповідають певним видам упереджень (вік, етнічна приналежність, вага тощо);
- обмін досвідом, навчання на робочих місцях щодо інклюзивних комунікативних практик, впровадження системи наставництва, стажування у центрах інклюзивної терапії;
- аналіз змін у взаємодії фахівців з різними категоріями пацієнтів (на основі саморефлексії та зворотного зв'язку від пацієнтів), вплив покращення взаємодії на процес і результати фізіотерапії.

Впровадження запропонованої системи заходів дозволить підвищити ефективність медичних (реабілітаційних) послуг, забезпечити рівноправне ставлення до пацієнтів та сприятиме розвитку інклюзивного середовища у сфері фізичної терапії та ерготерапії. Отже, подолання прихованих упереджень у роботі фізичних терапевтів та ерготерапевтів сприяє підвищенню якості реабілітаційних послуг, формуванню довіри між фахівцем і пацієнтом, а також дотриманню принципів гуманізму та рівності в системі охорони здоров'я.

**Висновки.** Визначено, що фахівцям сфери охорони здоров'я притаманні приховані упередження, які формуються всупереч усвідомленим цінностям і є підґрунтям для дискримінації та нерівного ставлення до представників різних соціальних груп, особливо до пацієнтів із вразливих категорій.

Систематизовано основні види упереджень, з якими можуть стикатися фізичні терапевти й ерготерапевти, та наведено приклади їхнього можливого впливу на професійну діяльність фахівців. На основі вивчення зарубіжного досвіду щодо визначення прихованих упереджень у діяльності медичних працівників розглянуто упередження, пов'язані з віком, надмірною вагою, соціальним статусом, расою (етнічною приналежністю), інвалідністю, психічним здоров'ям, зовнішністю та місцем проживання пацієнтів. Обґрунтовано можливість застосування «Тесту прихованих асоціацій» українськими фахівцями для діагностики потенційних прихованих упереджень щодо осіб певної статі, із надмірною вагою або інвалідністю. Отримані результати дають змогу критично оцінити власні установки та скоригувати підходи до реабілітаційного процесу з метою забезпечення рівноправного ставлення й персоналізованої допомоги, що відповідає індивідуальним потребам пацієнтів.

Розроблено модель управління упередженнями у роботі фахівців з реабілітації, яка враховує передумови та чинники формування різних видів упереджень та пропонує заходи з їх подолання, що дозволяє зменшити прояви упередженого ставлення. Впровадження цієї моделі сприятиме підвищенню ефективності медичних (реабілітаційних) послуг, забезпеченню рівноправного ставлення до пацієнтів і розвитку інклюзивного середовища у сфері фізичної терапії та ерготерапії.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на поглиблене вивчення механізмів формування прихованих упереджень у вітчизняних фізичних терапевтів й ерготерапевтів, а також на розроблення ефективних методів їх подолання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Implicit Bias in Healthcare. URL : [https://www.physio-pedia.com/Implicit\\_Bias\\_in\\_Healthcare](https://www.physio-pedia.com/Implicit_Bias_in_Healthcare) (Date of access: 07.11.2025)
2. Лікар та пацієнт: спілкування в умовах війни. URL : [https://moz.gov.ua/uploads/brochure\\_FINAL.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/brochure_FINAL.pdf) (дата звернення: 06.11.2025)
3. Implicit bias in physical therapy. URL : <https://www.flextherapistceus.com/material.php?id=1338> (Date of access: 07.11.2025)
4. Закон України від 3 грудня 2020 року за № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». *Відомості Верховної Ради*. 2021. № 8, ст. 59. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 06.11.2025)
5. Етичний кодекс та професійна поведінка фізичного терапевта в Україні. *Українська асоціація фізичної терапії*. URL : [https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/Etic\\_Code\\_UAPT\\_2019\\_new\\_edition\\_02.pdf](https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/Etic_Code_UAPT_2019_new_edition_02.pdf) (дата звернення: 06.11.2025)
6. Міхеєнко О. І. Морально-етичні і деонтологічні аспекти взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика* : матеріали I Всеукраїнської наук.-практ. конф. / відповід. ред. Т. В. Бугаєнко, наук. ред. О. М. Звіряка. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2022. С. 85–90.
7. Greenwald A. G., Dasgupta N., Dovidio J. F., Kang J., Moss-Racusin C. A., Teachman B. A. Implicit-Bias Remedies: Treating Discriminatory Bias as a Public-Health Problem *Psychol Sci Public Interest*. 2022. № 23 (1). P. 7–40. DOI: 10.1177/15291006211070781

8. Bouley T. M., Reinking A. K. *Implicit Bias: An Educator's Guide to the Language of Microaggressions*. Rowman & Littlefield, 2021. 212 p.
9. Blair I. V., Steiner J. F., Havranek E. P. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011. Vol. 15, № 2. P. 71–78. (Date of access: 07.11.2025)
10. FitzGerald C., Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*. 2017. № 18. P. 1–18.
11. Dunn B., Mcintosh J., Ray L., McCarty D. The Prevalence of Implicit Bias in Practicing Physical Therapists. *Carolina Journal of Interdisciplinary Medicine*. 2022. № 2 (1). URL : <https://doi.org/10.47265/cjim.v2i1.2008> (Date of access: 07.11.2025)
12. Feldner H. A., VanPuymbrouck L., Friedman C. Explicit and implicit disability attitudes of occupational and physical therapy assistants. *Disability and Health Journal*. 2022. № 15(1):101217.
13. Cherry K. How does implicit bias influence behavior. Explanations and Impacts of Unconscious Bias. URL : <https://www.verywellmind.com/implicit-bias-overview-4178401> (Date of access: 07.11.2025).
14. Implicit bias: what is it and how does it manifest in the physiotherapy profession? URL : <https://world.physio/congress-proceeding/implicit-bias-what-it-and-how-does-it-manifest-physiotherapy-profession> (Date of access: 07.11.2025).
15. Гаврюшенко Г. Стигматизація осіб із надмірною вагою в медичних закладах є актуальною проблемою для українських пацієнтів: огляд вітчизняного дослідження. URL : [https://doctorstar.com.ua/wp-content/uploads/2025/03/ep\\_5\\_2023\\_st6.pdf](https://doctorstar.com.ua/wp-content/uploads/2025/03/ep_5_2023_st6.pdf) (дата звернення: 06.11.2025)

#### REFERENCES

1. Implicit Bias in Healthcare. Retrieved from: [https://www.physio-pedia.com/Implicit\\_Bias\\_in\\_Healthcare](https://www.physio-pedia.com/Implicit_Bias_in_Healthcare) [in English].
2. Likar ta patsiiient: spilkuvannia v umovakh viiny [Doctor and patient: communication in wartime]. Retrieved from: [https://moz.gov.ua/uploads/brochure\\_FINAL.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/brochure_FINAL.pdf) [In Ukrainian].
3. Implicit bias in physical therapy. Retrieved from: <https://www.flextherapistceus.com/material.php?id=1338> [in English].
4. Zakon Ukrainy vid 3 hrudnia 2020 roku za № 1053-IX «Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia». Vidomosti Verkhovnoi Rady [Law of Ukraine No. 1053-IX of December 3, 2020 “On Rehabilitation in the Healthcare Sector”]. 2021. № 8, st. 59. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> [In Ukrainian].
5. Etychnyi kodeks ta profesiina povedinka fizychnoho terapevta v Ukraini. Ukrainska asotsiatsiia fizychnoi terapii [Code of Ethics and Professional Conduct of Physical Therapists in Ukraine. Ukrainian Association of Physical Therapy]. Retrieved from: [https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/Etic\\_Code\\_UAPT\\_2019\\_new\\_edition\\_02.pdf](https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/Etic_Code_UAPT_2019_new_edition_02.pdf) [In Ukrainian].
6. Mikheienko O. I. (2022) Moralno-etychni i deontolohichni aspekty vzaiemovidnosyn medychnykh pratsivnykiv i patsiiientiv [Moral, ethical and deontological aspects of the relationship between medical professionals and patients]. *Suchasni problemy fizychnoi terapii ta erhoterapii: teoriia i praktyka* : materialy I Vseukrainskoi nauk.-prakt. konf. / vidpovid. red. T. V. Buhaenko, nauk. red. O. M. Zvirniaka. Sumy : SumDPU imeni A. S. Makarenka, 85–90 [In Ukrainian].
7. Greenwald A. G., Dasgupta N., Dovidio J. F., Kang J., Moss-Racusin C. A., & Teachman B. A. (2022) Implicit-Bias Remedies: Treating Discriminatory Bias as a Public-Health. *Problem Psychol Sci Public Interest.*, № 23 (1), 7-40. doi: 10.1177/15291006211070781 [in English].
8. Bouley T. M., & Reinking A. K. (2021) *Implicit Bias: An Educator's Guide to the Language of Microaggressions*. Rowman & Littlefield. 212 [in English].
9. Blair I. V., Steiner J. F., & Havranek E. P. (2011) Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*, Vol. 15, № 2, 71–78 [in English].
10. FitzGerald C., & Hurst S. (2017) Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, № 18, 1–18 [in English].
11. Dunn B., Mcintosh J., Ray L., & McCarty D. (2022) The Prevalence of Implicit Bias in Practicing Physical Therapists. *Carolina Journal of Interdisciplinary Medicine*, № 2 (1). <https://doi.org/10.47265/cjim.v2i1.2008> [in English].
12. Feldner H. A., VanPuymbrouck L., & Friedman C. (2022) Explicit and implicit disability attitudes of occupational and physical therapy assistants. *Disability and Health Journal*, № 15(1), 101217 [in English].
13. Cherry K. How does implicit bias influence behavior. Explanations and Impacts of Unconscious Bias. Retrieved from: <https://www.verywellmind.com/implicit-bias-overview-4178401> [in English].
14. Implicit bias: what is it and how does it manifest in the physiotherapy profession? Retrieved from: <https://world.physio/congress-proceeding/implicit-bias-what-it-and-how-does-it-manifest-physiotherapy-profession> [in English].
15. Havriushenko H. Styhmatyzatsiia osib iz nadmirnoiu vahoio u medychnykh zakladakh ye aktualnoiu problemoiu dlia ukrainskykh patsiiientiv: ohliad vitchyznianoho doslidzhennia. Retrieved from: [https://doctorstar.com.ua/wp-content/uploads/2025/03/ep\\_5\\_2023\\_st6.pdf](https://doctorstar.com.ua/wp-content/uploads/2025/03/ep_5_2023_st6.pdf) [In Ukrainian].

Дата першого надходження статті до видання: 21.11.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 19.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.12.2025