

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ НАУК ПРО ЗДОРОВ'Я
Кафедра педагогіки та соціальної роботи

“До захисту допущено”
Зав. кафедрою _____
(підпис)
“ ____ ” _____ 2023 р.

Лаба Олена Андріївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ДІЯЛЬНІСТЬ ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РЕАЛІЗАЦІЇ
МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

Галузь знань 231 “Соціальна робота”

Спеціальність 23 “Соціальна робота”

Науковий керівник:

Назар Наталія Іванівна, д-р філософії в галузі соціальної роботи

Національна шкала _____

Кількість балів: _____

Оцінка: ECTS _____

Львів – 2023

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ВЗАЄМОДІЯ ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	7
1.1. Міждисциплінарний підхід в соціальній роботі як предмет наукового пошуку	7
1.2. Зміст діяльності фахівця соціальної роботи щодо організації міждисциплінарної взаємодії	12
1.3. Практика соціальної роботи в закладах охорони здоров'я.....	15
Висновки до 1 розділу	18
РОЗДІЛ 2. МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я БЕЛЬГІІ	20
2.1. Особливості бельгійської системи охорони здоров'я та діяльності міждисциплінарної команди, зокрема у сфері онкології в Королівстві Бельгія	20
2.2. Міждисциплінарний підхід у сфері охорони здоров'я в Королівстві Бельгія .	23
Висновки до 2 розділу	26
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ БЕЛЬГІІ ТА УКРАЇНИ	27
3.1. Дизайн дослідження діяльності соціальних працівників з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Королівства Бельгії ..	27
3.2. Аналіз результатів дослідження щодо змісту діяльності фахівця соціальної роботи з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії	30
3.3. Досвід реалізації пілотного проєкту “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок війни”: реалізація міждисциплінарної взаємодії за участі	

	3
соціального працівника	33
3.4. Практичні рекомендації щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії фахівцем соціальної роботи у закладах охорони здоров'я.....	35
Висновки до 3 розділу	36
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	40

ВСТУП

Актуальність дослідження. Класично сферу охорони здоров'я пов'язують із професійною діяльністю лікарів, що спричинене медичним підходом (чи медичною моделлю) до розуміння здоров'я як відсутності хвороб чи інших фізичних вад. Однак часто до уваги не беруть всіх наслідків, які завдають організму людини та її життю різні захворювання. Окрім фізичних аспектів, здоров'я людини відображає й інші компоненти: соціальне та психологічне благополуччя, духовну складову тощо. Ці складові здоров'я часто можуть бути порушені через погіршення фізичного стану людини і навпаки. Тому здоров'я людини слід розглядати цілісно, з точки зору холістичного підходу. У цьому контексті надзвичайно важливою є соціальна робота в сфері охорони здоров'я як один з пріоритетних та ключових напрямів соціальної роботи. В основу цієї галузі, крім іншого, покладений принцип збереження здоров'я. Однією з причин для становлення соціальної роботи в цій сфері стало погіршення здоров'я населення та необхідність створення нового та якісного рівня вирішення медичних і соціальних проблем клієнта (Божок, 2019).

Результати соціологічного моніторингу «Українське суспільство» (1992 – 2021) щодо динаміки самооцінки стану здоров'я українців, проведеного Інститутом соціології НАН України, свідчать що “з 1992 і майже до 2004 року відбувалося погіршення самооцінки стану здоров'я населення України... З 2014 року цей показник поступово ріс і в 2018-2021 роках склав в середньому 29%”. Представниця згаданого Інституту, доктор соціологічних наук Чепурко зазначає, що ці показники сьогодні наблизилися до відповідних даних 1992 року (Укрінформ, 2022).

Саме в розрізі цього у світі виникла практика утворення міждисциплінарних команд в закладах охорони здоров'я, куди залучають спеціалістів різного фаху. Такий підхід дозволяє розглянути потреби і проблеми клієнта з точки зору різних дисциплін та надати йому комплексну допомогу. Зокрема існує низка досліджень, які свідчать, що наявність соціальних послуг у сфері охорони здоров'я має значну

перевагу. Соціальні працівники економлять, зокрема лікарням, гроші - тому це ще одна причина, чому потрібно розвивати соціальну роботу у сфері охорони здоров'я.

Спіріна зазначає, що діяльність міждисциплінарних команд у своїх працях висвітлювали Белбіна, Богданова, Гришина, Катценбах, Удалова. Стратегії міждисциплінарної взаємодії досліджував Клейн. У дослідження проблеми взаємодії значний внесок внесли психологи Ананьєв, Бандура, Кулі, Маслоу, Мід, Роджерс (Спіріна, 2021).

Враховуючи вище подане, темою кваліфікаційної роботи було визначено: **“Діяльність фахівця соціальної роботи з реалізації міждисциплінарної взаємодії у закладах охорони здоров'я”**.

Об'єкт дослідження: міждисциплінарна взаємодія у закладах охорони здоров'я.

Предмет дослідження: особливості діяльності фахівця соціальної роботи в закладах охорони здоров'я щодо організації міждисциплінарної взаємодії.

Мета: охарактеризувати особливості діяльності фахівця соціальної роботи з реалізації міждисциплінарної взаємодії у закладах охорони здоров'я.

Відповідно до мети визначено такі **завдання:**

1. Дослідити міждисциплінарний підхід у соціальній роботі сфери охорони здоров'я та розкрити суть понять “міждисциплінарний підхід”, “міждисциплінарна взаємодія”, “міждисциплінарна команда”.
2. Дослідити міжнародний досвід соціальної роботи у закладах охорони здоров'я щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії, зокрема досвід Королівства Бельгія.
3. Визначити зміст роботи соціального працівника у закладах охорони здоров'я, у тому числі з реалізації міждисциплінарної взаємодії.
4. Надати рекомендації щодо діяльності фахівця соціальної роботи у ЗОЗ щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії на основі проведеного емпіричного дослідження.

Відповідно до визначених завдань кваліфікаційної роботи застосовано комплекс методів дослідження. Теоретичні методи: аналіз, системний аналіз, категоріальний аналіз, синтез, узагальнення інформації; емпіричні методи: опитування у формі глибинного інтерв'ю.

Структура роботи: Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел (35). Загальний обсяг складає 45 сторінки, з них 38 основного тексту.

РОЗДІЛ 1

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ВЗАЄМОДІЯ ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1. Міждисциплінарний підхід в соціальній роботі як предмет наукового пошуку

Питання міждисциплінарного підходу часто розглядається науковцями різних галузей знань. Трактуювання дефініцій, що пов'язані з цією проблемою, дещо відрізняються залежно від сфери, у якій вивчаються. У дослідженні щодо принципів міждисциплінарної взаємодії у соціальній роботі поняття “міждисциплінарний підхід” визначають як підхід, що передбачає об'єднання зусиль всіх фахівців команди у створенні пакету послуг, плану втручання, дотримання вимог до надання послуг, дотримання всіх етапів ведення випадку та їх послідовності. Саме цей підхід, як зазначають автори, дозволяє передбачити і уникнути дублювання послуг, невідповідність та непослідовність їх надання (Лях, Спіріна & Рогожинська, 2020).

Поряд зі згаданим вище терміном часто зустрічається ще одне поняття - “мультидисциплінарний підхід”, який передбачає ведення випадку командою різних спеціалістів із різних галузей знань, які використовують у своїй практиці окремі плани роботи та завдання разом з узгодженим на спільних зустрічах і зборах пакетом послуг (Лях, Спіріна & Рогожинська, 2020). Окрім цього, авторки дослідження виділяють “трансдисциплінарний підхід”, при застосуванні якого прямий зв'язок із клієнтом має лише один член команди, який виконує завдання посередника між клієнтом та іншими фахівцями (Лях, Спіріна & Рогожинська, 2020).

Міждисциплінарна команда - це група незалежних експертів із різних сфер трудової діяльності, робота яких керується окремим планом розвитку і

визначенням напрямів роботи. Міждисциплінарна команда характеризується визначеним порядком взаємодії та побудовою згоди.

Виділяють такі принципи роботи міждисциплінарної команди:

- Членство - незалежно від рівня відповідальності та роботи в команді, кожен її член має бути професіоналом.
- Інтеграції - команда складається з представників різних спеціальностей, які мають єдину мету та націлені на якісний результат.
- Колективної відповідальності - усвідомлення професійної та юридичної відповідальності за власні та групові рішення (Лях, Спіріна & Рогожинська, 2020).

Основні методологічні засади функціонування такої команди - професіоналізм, інтеграція, колективна відповідальність (Лях, Спіріна & Рогожинська, 2020).

Міждисциплінарний підхід в соціальній роботі застосовують для вирішення проблеми клієнта комплексно. Залученість фахівців різних видів діяльності таких, як медичного, педагогічного, професійного і соціального профілів сприяє максимально точній експертній оцінці ситуації та пошуків шляхів вирішення наявної проблеми. Їх робота включає: надання допомоги з подолання наслідків захворювання, зміни способу життя, мінімізація впливу факторів ризику, постановка коротстрокових та довгострокових цілей лікування, їх тривалість та послідовність. Такий підхід сприяє розвитку соціальної роботи в широкому ключі, залучення нових партнерств, нових шляхів та методів вирішення проблем, обмін знаннями та навичками між фахівцями різних галузей, що позитивно впливає на їх розвиток (Бісмак & Лазарева, 2022).

До складу міждисциплінарної команди в закладі охорони здоров'я, який займається реабілітаційними процесами, здебільшого входять спеціалісти таких галузей: фізичний терапевт; ерготерапевт; лікар фізичної та реабілітаційної медицини; лікар-невролог; психолог; соціальний працівник або фахівець

соціальної роботи; лікарі інших спеціальностей і спеціалісти освітньої чи соціальної сфери (у разі потреби) (Сисоєнко, 2020).

Наповнення команди регулюється відповідно до потреб кожного клієнта індивідуально.

Серед факторів, що підтримують міждисциплінарну співпрацю дослідники визначають:

- визнання досвіду колег,
- визнання ролей,
- позитивний рівень спілкування,
- взаємоповага.

Фактори, що обмежують міждисциплінарні процеси включали наступне:

- різні професійні точки зору,
- теоретичні відмінності,
- брак знань,
- погане спілкування (Лях, Денисюк, Лехолетова & Дуля, 2022).

Базовими принципами лікування та реабілітації пацієнта міждисциплінарною командою є: пацієнто-центрований, проблемно-орієнтований, персоналізований підходи, біопсихосоціальна модель хвороби та інвалідності (Бісмак & Лазарева, 2022).

Основними напрямками діяльності міждисциплінарної команди є:

- огляд пацієнта і оцінка його стану усіма фахівцями команди;
- постановка цілей втручання;
- залежно від потреб пацієнта створення належних умов;
- спільне обговорення особливостей даного пацієнта;
- спільне планування виписки пацієнта заздалегідь, що включає:

визначення лікування та реабілітації, які будуть сприяти максимальній самостійності в повсякденному житті: реабілітація в стаціонарних, амбулаторних, домашніх, санаторно-курортних умовах: робота з рідними пацієнта, проведення їх підготовки до подальшої опіки та допомоги в відновлювальні втрачених процесів.

- оцінка проведеної роботи, її ефективність та якість (Бісмак & Лазарева, 2022).

У своєму дослідженні Чой та Пак (2006) згадують праці Кляйна який виділяє поняття “мультидисциплінарність” в медичних дослідженнях, послугах, освіті та політиці як процес зіставлення дисциплін (галузей знань), який є адитивним, а не інтегративним; дисциплінарні перспективи не змінюються, а лише протиставляються. Відповідно до цього, мультидисциплінарність - це коли члени працюють як незалежні фахівці, а не як інтерактивні члени команди. Міждисциплінарність - це синтез двох або більше дисциплін, що створює новий рівень дискурсу та інтеграції знань. У міждисциплінарній педіатричній команді, яка займається проблемою недоїдання у дітей, члени об'єднуються в єдине ціле. Учасники групи збираються разом, щоб обговорити свої індивідуальні оцінки та розробляють спільний план надання послуг дитині. Трансдисциплінарність Кляйн визначає як забезпечення цілісної схеми, яка підпорядковує різні галузі знань, розглядаючи динаміку цілих систем. У міждисциплінарній педіатричній команді з питань недоїдання дитини члени розподіляють ролі, оскільки кожен фахівець допомагає іншим членам набутти нових навичок, пов'язаних зі сферою компетенції фахівця. Це вимагає як звільнення ролі (визнання того, що інші можуть робити те, чому фахівець був спеціально навчений), так і розширення ролі (допущення того, що робота може включати в себе більше, ніж те, чому фахівець був спеціально навчений) (Choi & Pak, 2006).

Деякі автори протиставляють ці три терміни. На думку Розенфілда, мультидисциплінарні команди працюють паралельно або послідовно зі своєї конкретної дисциплінарної бази для вирішення спільної проблеми. Міждисциплінарні команди працюють спільно, але все ж таки на основі конкретної галузі знань для вирішення спільної проблеми. Трансдисциплінарні команди працюють, використовуючи спільну концептуальну основу, об'єднуючи теорії, концепції та підходи з різних дисциплін для вирішення спільної проблеми. Янг припустив, що в мультидисциплінарних командах представники різних професій

працюють над індивідуальними цілями і зустрічаються, щоб обговорити їхній прогрес. У міждисциплінарних командах цілі спочатку узгоджуються командою, члени якої потім координують свій внесок у загальний план проекту. У трансдисциплінарних командах обмінюються не лише цілями, а й навичками (Med, 2006).

Якщо за кордоном у міждисциплінарних командах представника галузі соціальної роботи зазвичай називають лише соціальним працівником (англ. social worker), то в українських умовах фігурують різні назви цієї професії. Тому у нашому дослідженні важливо уточнити два поняття: “фахівець соціальної роботи” та “соціальний працівник”. Відповідно до Закону України “Про соціальні послуги”, фахівцем із соціальної роботи - є особа, яка має відповідну освіту та кваліфікацію, відповідає вимогам, установленим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення (Про соціальні послуги, 2019).

Кодекс законів про працю України визначає соціального працівника як особу, яка професійно займається соціальною роботою та надає соціальну допомогу, підтримку та послуги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах або мають особливі потреби (Кодекс законів про працю України, 1917).

Аналізуючи визначення з нормативно-правових актів, можна вважати, що фахівець соціальної роботи відрізняється від соціального працівника рівнем освіти та кваліфікацією, що вказує на те, що соціальний працівник є працівником з обмеженим видом діяльності на відміну від фахівця соціальної роботи. Проте ці два поняття навіть в законодавстві часто визначаються тотожними та замінюють одне одного. Так в Законі України “Про соціальні послуги” можна зустріти поняття “фахівець соціальної роботи”, а далі в цьому ж тексті згадується як синонім “соціальний працівник”.

Отже, крім міждисциплінарного підходу, визначають також мульти та трансдисциплінарні підходи, кожен з яких відрізняється один від одного за способом імплементації в роботу. Так, міждисциплінарний підхід - це коли фахівці

працюють разом над вирішенням проблеми, але в рамках своєї компетентності. Мультидисциплінарний підхід - фахівці використовують різні плани та завдання ведення випадку, які попередньо узгоджені на командних зустрічах. Трансдисциплінарний підхід - це коли всі фахівці працюють разом над усіма етапами, незважаючи на фах. Також розділяємо два поняття "фахівець соціальної роботи" та "соціальний працівник", які визначаємо, як взаємопов'язані.

1.2. Зміст діяльності фахівця соціальної роботи щодо організації міждисциплінарної взаємодії

Як зазначають Іванова, Тюптя та Юрків (2013), команді властиві чітке усвідомлення завдань і узгодження цілей, що є запорукою успіху її роботи; функціонування за основними законами групи; цілеспрямований добір людей; інтелектуальна, організаційна і функціональна мобільність, здатність адекватно реагувати на зміну загальних організаційних завдань. Важлива роль у команді належить соціальному працівнику, який координує роботу учасників щодо вирішення актуальних завдань і досягнення мети, дбає про конструктивну взаємодію всередині команди та із зовнішнім середовищем (Лях, Рожинська & Спіріна, 2020).

Звідси можемо визначити, що одним з аспектів роботи соціального працівника щодо організації міждисциплінарної взаємодії є координація. Фахівець соціальної роботи сприяє взаємодії та координує роботу різних фахівців, які є спеціалістами медичної, психологічної, соціальної та інших сфер.

Ще одним аспектом роботи фахівця соціальної роботи є планування спільних зустрічей та обговорень. На нарадах з планування догляду соціальний працівник може бути пасивним спостерігачем і не залучатися до активної участі, якщо це не потрібно. Проте він може організовувати та проводити їх (Gehlert & Browne, 2012).

Фахівець соціальної роботи може пояснювати учасникам команди про особливості родичів пацієнта. Наприклад, лікарі та медсестри можуть не розуміти

та некоректно ставитись до батьків щойно народженої дитини, яка перебуває в яслах інтенсивної терапії, та яку вони відвідують лише пізно вночі. Медичний персонал може вважати батьків недбалими, через те що вони не проводять увесь день із хворою дитиною та пробуджують її, коли приходять до неї. У таких випадках, коли виникають непорозуміння, і коли персонал повинен мати справу з батьками поза "звичайними" годинами відвідування, соціальний працівник може повідомити команді про робочі графіки батьків, які не дозволяють відвідувати дитину протягом дня. Соціальний працівник також може виступати в ролі медіатора, вказуючи, що, незважаючи на роботу протягом дня, батьки відвідують свою дитину кожен день, проводячи кілька годин з немовлям. Тут на допомогу приходять навчки адвокації та посередництва фахівця соціальної роботи (Gehlert & Browne, 2012).

Як зазначають американські дослідники, соціальні працівники в закладах охорони здоров'я мають підтримувати та підсилювати ролі інших членів команди та за можливості інформувати персонал щодо психосоціальних питань (Gehlert & Browne, 2012).

Глоberman, Вайт, Маллінгс і Девіс (2003) рекомендують соціальним працівникам постійно оновлювати свою базу знань пов'язану з відповідною практикою, визнаючи досвід інших фахівців. Вони також радять фахівцям соціальної роботи оцінювати та відстежувати вплив своїх послуг, що дозволить їм визначити сфери, в яких вони спеціалізуються, встановити секції в команді та показати ефективність свого власного внеску в роботу команди та охорону здоров'я в цілому. Соціальні працівники повинні відігравати активну роль у забезпеченні якості, беручи участь, наприклад, у комітетах з підвищення якості послуг (Gehlert & Browne, 2012).

Як стверджують Кайзер, Хансен та Гровс (1995):

Для отримання ресурсів і зобов'язання адміністрації лікарні забезпечувати комплексні послуги, відділи соціальної роботи повинні постійно збирати дані, що підтверджують, що саме вони є професіоналами з

найкращою підготовкою для таких обов'язків і можуть надавати послуги найбільш ефективним способом з точки зору вартості. (Gehlert & Browne, 2012, с. 34).

Участь фахівця соціальної роботи в міждисциплінарній команді активно впливає на якість її роботи. Так само, як соціальні працівники допомагають клієнтам впоратися з хворобою, її лікуванням і змінами, які тягне за собою хвороба, вони можуть використовувати свої навички, щоб допомогти команді охорони здоров'я адаптуватися до спільної роботи. Соціальні працівники можуть надавати професійну підтримку та допомогу своїм колегам, коли вони стикаються зі складними ситуаціями пацієнтів, наприклад, коли пацієнти помирають, що дозволить мінімізувати конфлікти між членами команди та вкотре показати ефективність соціальної роботи.

Отже, можна сказати, що фахівець соціальної роботи відіграє важливу роль щодо організації міждисциплінарної взаємодії. Також він стає своєрідним посередником між іншими фахівцями та пацієнтами, забезпечуючи обом комфортні умови перебування в закладах охорони здоров'я. Соціальний працівник також може надавати допомогу не лише пацієнтам, а й консультувати своїх колег, себто інших фахівців команди в залежності від їх потреб.

1.3. Практика соціальної роботи в закладах охорони здоров'я

Проект Закону України “Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я” визначає поняття “охорони здоров'я” як сукупності заходів, спрямованих на забезпечення фізичного, духовного, соціального, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, здорового способу життя, реабілітації, відпочинку, недопущення прояву чинників, які негативно впливають на здоров'я, створення,

виробництво, контроль якості лікарських засобів і виробів медичного призначення (Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я, 2009).

Визначають, що сфера охорони здоров'я - це сукупність суспільних відносин, які мають безпосередній вплив на фізичний та психологічний стан людини, шляхом втілення профілактичних та лікувальних засобів (Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я, 2009).

Заклади охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації (Основи законодавства України про охорону здоров'я, 1992).

Відповідно до Закону України "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я", виділяють такі шість головних видів закладів охорони здоров'я:

1. Лікувально-профілактичні заклади.
2. Санітарно-профілактичні заклади.
3. Фармацевтичні (аптечні) заклади.
4. Інші заклади.
5. Заклади медико-соціального захисту.
6. Установи/заклади системи соціального захисту населення (Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, ..., 2002).

Кожен з цих видів в свою чергу поділяється на ще окремі його підвиди.

Зайнятість соціальних працівників у сфері здоров'я США пов'язана з відповідною професійною кваліфікацією. Діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні ще рідкісне явище, оскільки, згідно з класифікатором професій і спеціальностей, у сфері охорони здоров'я соціальні працівники можуть

брати участь у роботі лікарняних закладів на окремих посадах і в обмеженому переліку місць практики (Клос, 2017).

До таких місць відносяться:

- психіатричні та наркологічні лікарні;
- хоспіси;
- центри і відділення профілактики та боротьби із ВІЛ-інфекцією.

Також крім стаціонарних закладів охорони здоров'я, соціальний працівник або фахівець соціальної роботи може працювати в підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я установах таких, як:

- будинки нічного перебування;
- центри ресоціалізації наркозалежних;
- будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю;
- дитячих будинках-інтернатах (Клос, 2017).

Колектив авторів зазначає, що “соціальні працівники є частиною процесу забезпечення якості медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я, сприяють подоланню або мінімізації негативного стану, спричиненого хворобою” (Лях, Денисюк, Лехолетова & Дуля, 2022, с. 50). Діяльність соціального працівника в сфері охорони здоров'я в умовах безпосереднього догляду за пацієнтом включає ретельну оцінку ситуацій пацієнта та розробку та впровадження інтервенцій (Gehlert & Browne, 2012).

Ще одне поняття, яке важливо проаналізувати, є “медико-соціальна робота”. Вона відрізняється від соціальної роботи в закладах охорони здоров'я, але все ж ці поняття взаємопов'язані.

У «Глосарії термінів медико-соціальної допомоги» Європейського регіонального бюро охорони здоров'я медико-соціальну роботу тлумачать як «... організоване соціальне обслуговування в лікарнях або інших закладах, де особливий акцент робиться на вирішення соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям людини» (Полехіна, 2014, с. 141).

Медико-соціальною роботою вважають діяльність спрямовану на відновлення і збереження фізичного та психічного здоров'я людини або групи людей для досягнення соціального благополуччя. Її метою вважають «покращення адаптації та умов функціонування клієнта, здійснення сприятливих змін» (Полехіна, 2014, с. 141).

Дослідник Панов виділяє три аспекти медико-соціальної роботи, які становлять її основу, як вид професійної діяльності:

1. Реабілітація, консультування, використання інших видів соціальних послуг, як надання допомоги людині чи групі осіб, які знаходяться у складних життєвих обставинах.
2. Робота над розвитком потенціалу осіб, які потрапили в СЖО.
3. Вплив на реалізацію та формування соціально-економічної політики задля забезпечення соціально здорового середовища життєдіяльності людини, облаштування системи підтримки осіб, які потребують допомоги (Полехіна, 2014).

Медико-соціальна робота складається з комплексної підтримки людей, які стикнулись зі хворобою або інвалідністю. Вона поєднує в собі соціальні та медичні аспекти. Натомість соціальна робота в закладах охорони здоров'я набагато ширше орієнтується на надання соціальної підтримки, посередництва, консультування та узгодження послуг для пацієнтів і їх родин, враховуючи їх соціальні аспекти.

На думку чеських науковців, там, де надається медична допомога, необхідно надавати і соціальну допомогу. Кузнікова наголошує на необхідності надавати соціальну підтримку пацієнту – отримувачу послуг, його сім'ї та найближчому оточенню з метою мінімізації або усунення негативних наслідків захворювання з огляду на цілісний підхід до роботи з клієнтом (Лях, Денисюк, Лехолетова & Дуля, 2022). Таким чином, цей підхід буде сприяти легшому призвичаєнню особи, подоланню труднощів, які пов'язані з хворобою та її наслідками. Також це мотивація до лікування та співпраці з лікарями та іншим персоналом, задля покращенню якості життя (Лях, Денисюк, Лехолетова & Дуля, 2022).

Можна підсумувати, що в нормативно-правових документах чітко визначені поняття “охорони здоров’я” та “заклади охорони здоров’я”. Також встановлений перелік закладів охорони здоров’я, окремо визначено перелік закладів, які включають фахівця соціальної роботи. Також визначено поняття та аспекти “медико-соціальної роботи”. Практику соціальної роботи в закладах охорони здоров’я, визначають, як частину процесу забезпечення якості медичних послуг, а також діяльність в умовах безпосереднього догляду за пацієнтом, включаючи ретельну оцінку ситуацій пацієнта та розробку та впровадження інтервенцій.

Висновки до 1 розділу

В першому розділі проведено науковий пошук змісту поняття “міждисциплінарний підхід”, яке визначають, як підхід об’єднання фахівців міждисциплінарної команди у створенні пакету послуг. В цьому підході фахівці працюють спільно, але все ж таки на основі конкретної галузі знань для вирішення спільної проблеми.

Також було розглянуто, проаналізовано та виділено ключові відмінності між поняттями: “мультидисциплінарного”, “трансдисциплінарного” та “міждисциплінарного” підходів. Окреслено поняття “міждисциплінарної команди”, її склад, функції, принципи та напрями. Визначено поняття “фахівець соціальної роботи” та “соціальний працівник”.

Встановлено зміст діяльності фахівця соціальної роботи щодо організації міждисциплінарної взаємодії. Виділено такі аспекти роботи соціального працівника: координація; планування зустрічей та обговорень; інформування учасників команди; підтримка та їх наснаження. Доведено рядом досліджень, що соціальні працівники економлять, зокрема лікарням, гроші - тому це ще одна причина, чому потрібно розвивати соціальну роботу у сфері охорони здоров'я.

Виявлено поняття “охорони здоров’я”, “закладів охорони здоров’я” та їх перелік. Визначено установи, де може здійснюватись професійна діяльність фахівця соціальної роботи. Розкрито поняття “медико-соціальної роботи” та її аспекти діяльності.

РОЗДІЛ 2.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я БЕЛЬГІЇ

2.1. Особливості бельгійської системи охорони здоров'я та діяльності міждисциплінарної команди, зокрема у сфері онкології в Королівстві Бельгія

Королівство Бельгія (далі - Бельгія) є федеративною державою з парламентською формою правління. Існує три рівні влади – федеральний, регіональний (три регіони і три громади) і місцевий (провінції та муніципалітети). Система охорони здоров'я в основному побудована на двох її рівнях: федеративному та регіональному. Принципами бельгійської системи охорони здоров'я є: рівний доступ та свобода вибору з обов'язковим національним медичним страхуванням типу Бісмарка, яке охоплює все населення та включає в себе дуже широкий пакет пільг (Corens, 2007).

Модель соціального медичного страхування Бісмарка - це децентралізована форма охорони здоров'я, яка виникла наприкінці 19 століття. Медичні працівники зазвичай працюють в приватних установах, а фонди соціального медичного страхування є державними. Сама модель передбачає фінансування страхування роботодавцями та службовцями через обов'язкові посвідчення про оплату праці. Також ця модель передбачає жорсткий контроль урядом цін на медичні послуги, в той час, як страхові компанії не отримують прибутку (Ingenius, 2020).

Зміст такого медичного страхування полягає в поєднанні приватної системи надання медичних послуг, що має за основу незалежну медичну практику, вільний вибір надавача послуг і переважно їх плату (Corens, 2007).

Охорона здоров'я забезпечується державними службами охорони здоров'я, незалежними фахівцями з амбулаторної допомоги, незалежними фармацевтами, лікарнями та спеціальними закладами для людей похилого віку. Більшість

медичних спеціалістів працюють самостійно в лікарнях або в приватних практиках на амбулаторній основі (Corens, 2007).

Групою бельгійських та нідерландських дослідників було проведено дослідження на тему: “Вивчення ролі немедичних спеціалістів у зборах мультидисциплінарної команди з онкологічних захворювань: якісне дослідження”, метою якого було вивчити поточну та очікувану роль немедичних спеціалістів з лікування раку на “мультидисциплінарних командних зборах” (Multidisciplinary team meeting, MDTM). За результатами даного дослідження, виявлено, що фахівці немедичних спеціальностей визначили свою роль в команді, як пасивну. На їхню думку, МКЗ є форумом, на якому медичні професії, але не інші професіонали, колективно вирішують найкращий можливий план лікування та догляду для кожного хворого на рак. Вони не вважають себе значущою роллю і тому не беруть активної участі в обговоренні справи та процесі прийняття рішень. Однак вони запевнили про важливість для них бути присутніми на таких зборах, що забезпечує їх більшою кількістю інформації про клієнта та дозволяє краще підібрати заходи на задоволення його потреб. Соціальні працівники вважають цю інформацію необхідною для подальших заходів (наприклад, послуги догляду вдома тощо). Серед коментарів соціальних працівників стосовно таких зустрічей, можна побачити:

Я відвідую Мультидисциплінарні онкологічні конференції (консиліуми) ("Multidisciplinary Oncology Consult", MOCs), щоб знати, яке лікування проходять пацієнти. Якщо вони збираються робити операцію, я знаю, що мені потрібно відвідати цього пацієнта після операції, щоб дізнатися, чи потрібна йому/їй інформація про догляд на дому, страхування чи щось інше. (Horlait, De Regge, Baes, Eeckloo, & Leys, 2022, n.d.).

Юридично консиліум (МОК) визначається як окрема консультація для кожного пацієнта, але для організаційної зручності ці консультації об'єднуються в

колективні зустрічі для всіх пацієнтів (як правило, за групами пухлин) і називаються "засідання консилиуму". У Бельгії Міжнародна онкологічна конференція (МОК) існує як окремий, законодавчо регульований та обов'язковий тип МТД. Так бельгійський закон передбачає чотири ситуації коли необхідне командне обговорення випадку.

1. Коли онкологічне лікування відрізняється від онкологічного посібника лікарні.
2. Коли передбачається повторне опромінення тієї самої цільової зони в межах 12 місяців після початку першої променевої терапії.
3. Коли хіміотерапія доставляється препаратом, який знаходиться на першій фазі реімбурсації, і повинен контролюватися експертами.
4. З 2007 року, для кожного нового діагнозу раку молочної залози, що лікується в формально визнаній клініці грудей (Horlait, De Regge, Baes, Eeckloo, & Leys, 2022).

Крім того, відповідно до законодавства, Міжнародна онкологічна конференція має очолювати (медичний) координатор МОК (бажано з конкретним досвідом роботи з онкологічними захворюваннями) і має нараховувати принаймні чотири різних медичних спеціаліста (наприклад, фахівці з онкології, променевої терапії, хірургії, внутрішніх органів, або патологія), які належать до персоналу лікарні, а також один заочний учасник (наприклад, лікар загальної практики). Немедичний онкологічний персонал (тобто психологи, медсестри, соціальні працівники та менеджери даних, які реєструють дані для національного онкологічного центру) юридично не зобов'язані брати участь у МОК (Horlait, De Regge, Baes, Eeckloo, & Leys, 2022).

В більшості лікарських середовищ бракує (неофіційних) домовленостей щодо ролі немедичних спеціалістів. Саме тому виникає дещо стереотипне або взагалі відсутнє враження про їх обов'язки та діяльність в цілому. Фахівці соціальної роботи почуваються невизнаними та недооціненими у своїй ролі та

виконанні завдань у траєкторії онкологічного хворого (Horlait, De Regge, Baes, Beekloo, & Leys, 2022).

Отже, можна виділити два рівні побудови системи охорони здоров'я Бельгії. Досліджено, що одним із її принципів є обов'язкове національне медичне страхування. Також проаналізовано діяльність міждисциплінарної команди у сфері онкології. Згадано про переваги та труднощі міждисциплінарної взаємодії. Серед труднощів виділяють: стереотипне або відсутнє уявлення про діяльність фахівця соціальної роботи; не комфортне робоче середовище для немедичних фахівців. Перевагами є: можливість обміну інформацією про стан та важливі аспекти про пацієнта в цілому; розвиток нових компетенцій та робота в команді.

2.2. Міждисциплінарний підхід у сфері охорони здоров'я в Королівстві Бельгія

У фламандській спільноті Бельгії реалізація політики зміцнення здоров'я та профілактичної медичної допомоги була децентралізована шляхом створення місцевих мереж охорони здоров'я під назвою Місцева мережа здоров'я (Lokaal Gezondheidsverleg, LOGO). Впровадження заходів профілактичної медичної допомоги забезпечується співпрацею медичних працівників з різних секторів. ММЗ мають на меті здійснювати роботу зі зміцнення здоров'я на рівні району, охоплюючи територію з населенням від 250 000 до 300 000 осіб. Вони складаються з місцевих ініціатив та вже існуючих структур, і повинні включати всіх медичних та соціальних працівників, таких як лікарі загальної практики, фармацевти, дієтологи, представники місцевих лікарень та будинків для літніх людей, керівництво медичних університетів, медичні центри тощо. Кожному ММЗ надається підтримка та координація з боку багато дисциплінарної центральної команди, а також вони зобов'язані впроваджувати дієві заходи, спрямовані на досягнення конкретних цілей здоров'я, встановлених урядом. У Фландрії та Брюсселі існує 26 мереж ММЗ (Corens, 2007).

У межах Місцевої мережі здоров'я, клінічний шлях визначається як колекція методів та інструментів, що керують учасниками багато дисциплінарної та міждисциплінарної команди у співпраці з фокусом на пацієнта для певної пацієнтської групи. Це спосіб ідентифікації та визначення різних завдань різних членів команди, інструмент для систематичного планування та відстеження програми охорони з фокусом на пацієнта. Метою є забезпечення якісної та ефективної допомоги, і більше 400 шляхів знаходяться у стані розробки або вже були впроваджені (Corens, 2007).

Іншим спеціалізованими закладами охорони здоров'я у Бельгії, які надають широкий спектр медичних та соціальних послуг для мешканців громади є громадські медичні центри. Громадські медичні центри у Бельгії відрізняються від інших закладів первинної медичної допомоги факторами, відомими як фасилітатори інтегрованої допомоги. Перш за все, це міждисциплінарний підхід включає роботу щонайменше 3 дисциплін: лікар загальної практики, медсестра та третя дисципліна в первинний рівень медичної допомоги, наприклад соціальний працівник (Vereniging van Wijkgezondheidscentra, n.d.).

Основними принципами роботи - є спільна, доступна, безперервна, орієнтована як на індивіда, так і на його середовище, допомога.

На офіційному сайті головної організації фламандських громадських центрів здоров'я в окремому документі, де прописана концепція функціонування центрів громадського здоров'я Бельгії, вказано, що вони включають в свою роботу цілісний та комплексний підходи. Комплексний догляд означає, що громадський центр здоров'я приділяє увагу біологічним, психологічним, соціальним, а також екологічним аспектам здоров'я. У цьому зв'язок між здоров'ям і благополуччям є вирішальним. Ми вважаємо здоров'я станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороби чи інших фізичних вад (BOO3). Тому громадський центр охорони здоров'я розробляє пропозицію з догляду, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику, лікування, реабілітацію, паліативну допомогу (Vereniging van Wijkgezondheidscentra, n.d.).

Інтегрована допомога - це узгоджений та скоординований комплекс послуг, який узгодженим, спланованим та організованим способом окремому пацієнту або групі пацієнтів в центрі. Інтегрована допомога впливає на пацієнта, як плавний процес допомоги та догляду, що надається фахівцями різних дисциплін первинної медичної допомоги (Vereniging van Wijkgezondheidscentra, n.d.).

Економічна сторона охорони здоров'я, наводить багато аргументів, щодо користі надання допомоги шляхом інтегрованого підходу. Так, до прикладу існує широко поширена думка, що інтегроване надання медичної допомоги забезпечує кращу якість медичної допомоги за нижчої вартості. Наприклад, інтегрований догляд сприяє належному використанню догляду та ресурсів. Але також щоб уникнути непотрібного дублювання обстежень або лікування різними постачальниками медичних послуг і уникнути вузьких місць і прогалин у догляді. Більше того, це також допомагає гарантувати, що надавачі медичних послуг приймають направлення та рішення щодо догляду з урахуванням можливостей і ресурсів постачальників медичних послуг, які знаходяться на наступному етапі лікування пацієнта. Це гарантує, що догляд надається належним професіоналом (Vereniging van Wijkgezondheidscentra, n.d.).

Таким чином, демонструємо реалізацію політики зміцнення здоров'я та профілактичної медичної допомоги, впровадження заходів задля їх забезпечення та окреслюємо мережу організацій, закладів охорони здоров'я, громадських організацій та інших зацікавлених сторін, які співпрацюють з метою покращення загального здоров'я та пропагування здорового способу життя у своїй місцевості. Розрізняємо ще один заклад охорони здоров'я, а саме громадський медичний центр здоров'я.

Висновки до 2 розділу

В даному розділі було зображено особливості бельгійської системи охорони здоров'я та діяльність міждисциплінарної команди, зокрема у сфері онкології. Де розкрито, що працівники немедичних професій визначають свою роль в команді, як пасивну. Вони запевнили про важливість для них бути присутніми на командних зборах, що забезпечує їм більшу кількість інформації про клієнта та дозволяє краще підібрати заходи на задоволення його потреб. Проаналізовано та наведено чотири ситуації коли необхідне командне обговорення лікування пацієнта. Вказано, що відповідно до законодавства, очолювати та координувати таку команду повинен медичний координатор, бажано з конкретним досвідом роботи з онкологічним захворюванням. Перелічено фахівців, які входять до складу міждисциплінарної команди в сфері онкології. Висвітлено дещо стереотипне або відсутнє враження про обов'язки та діяльність фахівців немедичної сфери, що зумовлено браком (неофіційних) домовленостей щодо їх ролі.

Також в даному розділі розкриваємо міждисциплінарний підхід у сфері охорони здоров'я Бельгії. Так розбираємо теоретично поняття “громадського медичного центру” та його роль в закладах охорони здоров'я Бельгії. Проводимо опис місцевих мереж організацій, закладів охорони здоров'я, громадських організацій та інших зацікавлених сторін, які співпрацюють з метою покращення загального здоров'я та пропагування здорового способу життя у своїй місцевості. Визначаємо поняття “інтегрованої допомоги”, що створюється на основі спільної роботи міждисциплінарної команди, задля впливу на пацієнта. Розкриваємо вплив такої допомоги на економічну сторону охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ БЕЛЬГІЇ ТА УКРАЇНИ

3.1. Дизайн дослідження діяльності соціальних працівників з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Королівства Бельгії

У Бельгії понад третина населення віком 15 років і старше (29,3% у 2018 році) заявляє про наявність принаймні одного хронічного захворювання, а більш ніж 33% осіб у віці 65 років і старше страждають від принаймні двох серйозних хронічних захворювань, як показало опитування охорони здоров'я 2018 року. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), хронічні захворювання є тривалими захворюваннями, які зазвичай поступово прогресують. Це означає, що не тільки серцево-судинні захворювання та діабет розглядаються, але також нейродегенеративні стани та різні психічні захворювання (FPS Health, 2022).

Відповідно до цього, було зроблено висновки, що наразі підходу зосередженого лише на хворобі вже не достатньо, лікування хронічних захворювань можуть супроводжуватися додатковою вразливістю, фізичною, психологічною, соціальною та/або духовною. Саме тому потрібно діяти комплексно, беручи до уваги всі аспекти життєдіяльності людини (FPS Health, 2022).

Метою цього емпіричного дослідження є вивчення досвіду соціальних працівників з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії.

Відповідно до поставленої мети, було сформовано такі *завдання*:

1. Дослідити організацію та реалізацію міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії.
2. Визначити зміст діяльності соціального працівника в закладах охорони здоров'я Бельгії.
3. З'ясувати склад міждисциплінарної команди
4. Продемонструвати переваги та недоліки міждисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я Бельгії.

Дане дослідження є якісним, проводилось за допомогою методу глибинного інтерв'ювання. Цільовою групою було визначено фахівців соціальної роботи, які працюють або працювали в закладах охорони здоров'я Бельгії. У зв'язку із труднощами, що виникли в авторки дослідження, щодо пошуку респондентів у Бельгії, було налагоджено контакти лише із двома експертами соціальної роботи у сфері охорони здоров'я, які погодилися взяти участь у дослідженні.

Для проведення дослідження було розроблено анкету, яка передбачала дванадцять запитань, кожне з яких в свою чергу підкреслювалось одним або двома уточнювальними запитаннями для фахівців соціальної роботи, а саме:

1. Представлення:

- 1.1. Місце роботи;
- 1.2. Конкретна назва посади;
- 1.3. Тривалість роботи;

2. Які ваші функції, як соціального працівника?

- 2.1. В чому полягає ваша робота?
- 2.2. Назвіть, будь ласка, конкретні аспекти вашої роботи?

3. Чи використовуєте ви міждисциплінарний підхід в своїй роботі?

- 3.1. Чи знайомі ви з міждисциплінарним підходом?
- 3.2. Чи застосовуєте його у своїй роботі?

4. З якими іншими фахівцями ви співпрацюєте?

- 4.1. З якими іншими спеціалістами ви співпрацюєте у вашій роботі?

5. Які функції та обов'язки соціального працівника в команді, суть його роботи?

5.1. Які основні обов'язки та роль соціального працівника у команді та яка зміст його/її діяльності?

6. Хто займається організацією міждисциплінарної взаємодії?

6.1. Хто відповідає за координацію міждисциплінарної співпраці та організацію взаємодії між різними спеціалістами?

7. Які нормативно-правові акти регулюють роботу фср/ роботу команди/ роботу фср в команді?

7. 1. Як регулюється робота фср/ робота команди/ робота фср в команді, законодавством?

7.2. Які законодавчі акти визначають правову основу для діяльності фахівців соціальної роботи (ФСР), роботи команди та взаємодії ФСР у команді?

8. Які переваги та недоліки в роботі соціального працівника/роботі команди?

8.1. Які позитивні аспекти та виклики пов'язані з роботою соціального працівника або роботою в команді?

9. Який контекст закладів охорони здоров'я в Бельгії?

9.1. Які види закладів охорони здоров'я є в Бельгії?

9.2. Який є рівень доступності та якість медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Бельгії?

9.3. Які принципи лежать в основі роботи закладів охорони здоров'я в Бельгії?

10. Як робота соціального працівника впливає на роботу ЗОЗ?

10.1. Який вплив роботи соціального працівника має на функціонування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ)?

11. Які соціальні послуги отримує пацієнт-клієнт в ЗОЗ?

11.1. Які види соціальних послуг надаються пацієнтам-клієнтам в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ)?

12. З якими викликами у своїй роботі ви стикаєтесь?

12.1. З якими труднощами або викликами ви стикаєтесь у вашій роботі?

12.2. З якими складнощами чи проблемами ви зіштовхуєтесь у своїй роботі?

Відповідно до контексту та напрямку, в якому розвивається розмова в процесі допускається виникнення більшої кількості уточнюючих запитань.

3.2. Аналіз результатів дослідження щодо змісту діяльності фахівця соціальної роботи з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії

Аналіз відповідей двох респондентів дослідження буде структурований відповідно до блоків питань.

Перший блок питань. Попередня інформація про респондентів.

У дослідженні взяло участь дві жінки, родом з Бельгії. Одна респондентка зараз проходить практику в центрі громадського здоров'я, а інша працювала в багатьох інституціях, але основою для інтерв'ювання був її практичний досвід роботи у психіатричному центрі для людей зі залежностями. Перша респондентка є соціальним працівником (з англ. social worker), в той час, як друга виконувала роль соціальної медсестри (з англ. social nurse), що визначається такими самим робочими завданнями, як соціальний працівник. Досвід роботи першої респондентки станом на час зустрічі становив 5 місяців, а досвід другої респондентки становив 3 роки.

Другий блок запитань. Функції, роль та обов'язки соціального працівника на їх робочих місцях.

Перша респондентка працювала у проєкті, який вирішує проблеми клієнтів із житлом. Вона зазначила, що: *“Лікарі та медсестри справді помітили, особливо за останні 10 років, що в тих околицях, де вони працюють, багато людей стикаються з проблемами житла. Вони живуть в незадовільних умовах, де по всьому будинку грибок”*. Щоб спробувати вирішити цю проблему у громаді був започаткований проєкт. Відповідно до його завдань, соціальна працівниця

контактує з пацієнтами лікарень, які перебувають в незадовільних житлових умовах, розглядає кожну ситуацію індивідуально, скеровуючи їх в інші організації, щоб, наприклад, допомогти збільшити дохід тощо. Також у рамках цього проєкту співробітники респондентки допомагають людям з правовим регулюванням, поданням заявок, щоб стати в чергу на отримання соціального житла або дізнатись статус такої заяви. Центр, в якому вона працює здебільшого розрахований на мігрантів та знаходиться в північній частині міста Антверпен.

Друга респондентка в роботі з людьми з залежностями виконувала наступні функції: консультування, складання індивідуального плану, постановка цілей. Безпосередньо в команді вона виконувала наступні функції медіації. Як вона зазначала: *“Деколи потрібно було захищати пацієнта, бо часом медсестри мали упереджене та негативне ставлення до клієнтів, апелюючи тим, що пацієнти не хочуть лікувати свою залежність”*.

Серед труднощів, з якими стикаються соціальні працівники, респондентки виділили:

- проблеми з державного боку: “державна не хоче інвестувати кошти в соціальну роботу”;
- проблеми з працевлаштуванням (не всі організації мають можливість влаштувати соціального працівника на повну зайнятість);
- бюрократична робота: велика кількість документації, яку треба заповнювати.

Третій блок питань, присвячений роботі міждисциплінарної команди.

Обидві респондентки підтвердили, що в своїй практиці застосовують міждисциплінарний підхід. До складу міждисциплінарної команди центру, що працює з людьми зі залежністю, входять: психолог, арт-терапевт, психотерапевт, терапевт з кінотерапії, соціальний працівник, фінансист та людина з промоції здорового способу життя (з англ. health couch). Організацією міждисциплінарної взаємодії займається старша медсестра і, за сумісництвом, голова цієї установи.

В центрі громадського здоров'я, фахівці мають щоденні спільні збори, на яких обговорюють кейси, представляють напрацювання та складають індивідуальні плани. Всі пацієнти перед початком роботи підписують письмову згоду, що вони дають дозвіл на опрацювання їх власних кейсів, командою. Соціальний працівник сам обирає, якою інформацією ділитись. Також соціальний працівник відповідальний за контактування з іншими організаціями та зустрічами з людьми. В такому центрі до складу команди входять: два сімейні лікарі, три нутриціологи, фізичний терапевт, спеціаліст з промоції здорового способу життя, соціальний працівник, перекладачі, медсестри (також можуть надавати соціальні послуги). Організацією міждисциплінарної взаємодії займається координатор, яка також є соціальним працівником.

Четвертий блок запитань стосується закладів охорони здоров'я Бельгії

Центр, що працює з людьми з адикціями є державною установою, яка належить до лікарні. Центр знаходиться на території, де також розташовані схожі установи, але з іншим напрямом роботи, наприклад психіатрія.

Центр громадського здоров'я також державна організація, яка фінансується за рахунок державних коштів.

Рівень доступності до медичних та соціальних послуг Бельгії є високим, але тут панує тенденція довгих листів очікувань. Наприклад: *“Якщо старші люди хочуть потрапити в будинок для літніх людей, то вони займають чергу в листі очікувань. Також діти з аутизмом не отримують належної допомоги, бо їм потрібно здавати тести, а черги на здачу тестів дуже великі і т.д.”*

Серед закладів охорони здоров'я Бельгії респонденти виділили: лікарні, доглядові інституції (наприклад, будинки для літніх людей), центри громадського здоров'я, приватні сімейні лікарі.

З позитивних аспектів роботи соціального працівника в ЗОЗ є: підвищення рівня обізнаності серед медичного персоналу, стосовно роботи соціального працівника; зменшення навантаження на медичних працівників.

3.3. Досвід реалізації пілотного проєкту “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок війни”: реалізація міждисциплінарної взаємодії за участі соціального працівника

“Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок війни” - пілотний проєкт Українського католицького університету за участі студентів та викладачів із трьох спеціальностей: соціальної роботи, фізичної терапії та ерготерапії і психології. Цей проєкт реалізовувався на базі відділення фізичної реабілітації у відокремленому підрозділі «Лікарня Святого Пантелеймона» Першого територіального медичного об'єднання Львова.

Мета проєкту: на засадах міждисциплінарного підходу здійснити процес реабілітації пацієнтів, які постраждали у війні, а також зменшити навантаження на медичний персонал лікарні.

До складу міждисциплінарної команди ввійшло 23 особи, а саме: десять студентів магістерських програм «Фізична терапія та ерготерапія», «Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії», троє студентів бакалаврської програми «Соціальна робота» та їх супервізори- викладачі зазначених навчальних програм. Також до складу міждисциплінарної команди входили: священник, лікар-невролог, керівниця та працівники відділення фізичної реабілітації, які супроводжують студентів у роботі з пацієнтами. За результати проєкту, фахівці міждисциплінарної команди мали можливість працювати з 53 пацієнтами, більшість з яких відносяться до категорії внутрішньо переміщених осіб та які потребували комплексної реабілітації. Слід зазначити, що авторка даного дослідження була учасницею пілотного проєкту та безпосередньо працювала як стажер-соціальний працівник. Тому інформація подана нижче відображає авторський аналіз роботи соціальних працівників в складі міждисциплінарної команди в закладі охорони здоров'я.

Оскільки пацієнти, відповідно до правил медичного закладу, могли перебувати в на стаціонарному лікуванні лише два тижні, то робота соціального

працівника полягала в наданні попередньо визначеного переліку соціальних послуг, що були відібрані з Класифікатора соціальних послуг, затвердженого в Україні (Про затвердження Класифікатора соціальних послуг, 2020). Це послуги інформування, консультування, представництво інтересів, короткотермінове проживання.

Серед основних етапів роботи соціальних працівників проєкту можна виділити наступні:

- Вступна сесія: знайомство з клієнтом, оцінка індивідуальних потреб.
- Складання індивідуального плану супроводу та заходів, які будуть проводитись, щоб задовольнити потреби клієнта.
- Реалізація запланованих заходів в дистанційному форматі або безпосередньо за прямої участі клієнта.
- Завершальна сесія: підсумкове консультування та інформування.
- Залежно від складності випадку та потреби клієнта між вступною та завершальною сесією, проводилася проміжна сесія для надання більшого спектру послуг, наприклад, представництва інтересів.
- Моніторинг (оцінювання) випадку.

Крім цього студенти соціальної роботи та їх супервізори мали щотижневі зустрічі, на яких обговорювали кейси та розробляли індивідуальні плани ведення клієнтів.

Реалізацією злагодженої роботи міждисциплінарної команди займалась окрема особа - координатор проєкту. Одним із завдань координатора проєкту було організувати міждисциплінарну взаємодію у вигляді щотижневих зустрічей, де всі фахівці ділились отриманою інформацією стосовно пацієнтів, вирішували непорозуміння та будували спільний план роботи.

3.4. Практичні рекомендації щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії фахівцем соціальної роботи у закладах охорони здоров'я

Порівнюючи досвід Бельгії та український пілотний проект, можна відслідкувати багато як схожостей, так і відмінностей між роботою фахівців в цих країнах. Базуючись на цьому можна виділити наступні рекомендації щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії фахівцем соціальної роботи у закладах охорони здоров'я:

Роль фахівця соціальної роботи. Фахівці соціальної роботи повинні чітко розуміти свої ролі, для того, щоб розказати про свої ролі клієнту та наприклад медичним працівниками, постійно бути активним на зустрічах і тим самим показувати свою зацікавленість в них. Часом соціального працівника можуть плутати з психологом, саме тому важливо провести межу та розділити свої обов'язки і ролі. Беручи до уваги бельгійський та український досвід, можна провести деяку паралель між схожістю ролей. В обох країнах найчастіше фахівець соціальної роботи надає соціальну послугу консультування, рідше медіацію та посередництво і так далі.

Міждисциплінарна взаємодія. Фахівець соціальної роботи повинен в першу чергу розвивати свої власні комунікативні навички та роботу в команді. Вже пізніше він зможе, за потреби, навчити цьому своїх інших колег. В даному аспекті знову можемо знайти подібності, бо як в Бельгії, так і в Україні, соціальні працівники стикаються з недовірою та надмірною обережністю від своїх колег з медичним ступенем, що свідчить про їх не обізнаність, а часом і не бажання розвиватись, відкриватись та імплементувати в свою роботу нові зміни.

Переваги. Соціальний працівник має бути компетентним, відповідно до цього він буде забезпечувати якісну роботу, що буде становити велике число переваг не лише для пацієнтів, а й для команди та робочої установи в цілому. Соціальний працівник “забирає” частково бюрократичну та консультаційну частину роботи медичних працівників, що дає їм більше часу, як мінімум відпочити. Також комплексний підхід дозволяє “економити час”, допомога надається більшою мірою в один і той самий час. Не потрібно спочатку проходити фізичну реабілітацію, а потім психологічну, коли фахівці доступні вже.

Позитивний вплив на надання як соціальних, так і медичних послуг, підвищення рівня сфери охорони здоров'я.

Недоліки. Соціальний працівник повинен усвідомлювати ризики та недоліки з якими він може стикатись. Йому слід мінімізувати їх та покращувати на кожному етапі. Серед недоліків можна виділити: труднощі в комунікації з медичним персоналом, для соціального працівника це додаткова потреба мати базові знання медицини, щоб бути включеним в роботу і мати елементарне розуміння суті розмови. Фінансові труднощі та кадрове забезпечення, з цими речами стикаються працівники двох країн. Неналежні умови праці, коли відсутній кабінет чи простір для зустрічей з клієнтом.

Ефективне використання ресурсів. Фахівець соціальної роботи повинен бути зацікавленим в активному використанні ресурсів закладів охорони здоров'я, що сприятиме якісній роботі. Соціальні працівники можуть допомагати у виявленні доступних підтримуючих послуг, соціальних програм та фінансових ресурсів для пацієнтів, що розширює можливості других.

Дотримання етичного кодексу. Соціальний працівник має виконувати свою роботу строго відповідно до етичного кодексу та розуміти базові поняття, такі як: безпека та конфіденційність. До прикладу в Бельгії - це письмові двосторонні угоди між пацієнтом та медичним закладом. Коли перший дає згоду на обробку особистих даних командою фахівців, а команда в свою чергу гарантує повну конфіденційність. В досвіді проєкту це була усна згода та домовленість між фахівцями і пацієнтами, незважаючи на те, що принципу конфіденційності працівники зобов'язані дотримуватись завжди.

Висновки до 3 розділу

В третьому розділі було описано дизайн емпіричного дослідження. Було визначено його мету та завдання. Мета полягає у вивченні досвіду соціальних працівників з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії. Серед завдань виділено: дослідити організацію та реалізація міждисциплінарної взаємодії; визначити діяльності соціального працівника; з'ясувати склад міждисциплінарної команди та продемонструвати переваги та недоліки міждисциплінарної взаємодії.

Дослідження відбувалось якісним методом, глибинного інтерв'ю з двома респондентами, де відповідно до чотирьох блоків було сформовано та структуровано їх відповіді.

Також теоретично проаналізовано діяльність пілотного проекту “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок війни”, де важливим аспектом є те, що це авторський аналіз, побудований на особистій залученості авторки даного дослідження в цей проект.

Надано практичні рекомендації щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії фахівцем соціальної роботи у закладах охорони здоров'я, де було висвітлено такі тези: роль фахівця соціальної роботи; міждисциплінарна взаємодія; переваги та недоліки роботи; ефективне використання ресурсів та положення про етичний кодекс.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено міждисциплінарний підхід в соціальній роботі сфери охорони здоров'я та розкрито суть понять “міждисциплінарний підхід”, “міждисциплінарна взаємодія”, “міждисциплінарна команда”. Зазначено, що міждисциплінарний підхід - це підхід, який передбачає об'єднання фахівців міждисциплінарної команди у створенні пакету послуг. В цьому підході фахівці працюють спільно для вирішення проблеми, але лише на основі конкретної галузі знань. Міждисциплінарна взаємодія - це взаємодія фахівців різних сфер задля спільної мети. Міждисциплінарна команда - це група незалежних експертів із різних сфер трудової діяльності, робота яких керується окремим планом розвитку і визначенням напрямів роботи. До складу міждисциплінарної команди входять такі фахівці: фізичний терапевт; ерготерапевт; лікар фізичної та реабілітаційної медицини; лікар-невролог; психолог; соціальний працівник або фахівець соціальної роботи; лікарі інших спеціальностей і спеціалісти освітньої чи соціальної сфери (у разі потреби) (Сисоєнко, 2020).

Досліджено міжнародний досвід соціальної роботи у закладах охорони здоров'я щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії, зокрема досвід Королівства Бельгія. Зображено бельгійську систему охорони здоров'я та діяльність міждисциплінарної команди, зокрема у сфері онкології. Розкрито, що працівники немедичних професій визначають свою роль в команді як пасивну. Хоч вони запевнили про важливість для них бути присутніми на командних зборах, що забезпечує їм більшу кількість інформації про клієнта та дозволяє краще підібрати заходи для задоволення його потреб.

Проаналізовано та наведено чотири ситуації, за яких необхідне командне обговорення щодо лікування пацієнта. По-перше, у ситуації, коли онкологічне лікування відрізняється від онкологічного посібника лікарні. По-друге, командне обговорення потрібне, коли передбачається повторне опромінення тієї самої цільової зони в межах 12 місяців після початку першої променевої терапії. По-третє, в ситуації, коли хіміотерапія доставляється препаратом, який знаходиться на

першій фазі реімбурсації, і повинен контролюватися експертами. По-четверте, з 2007 року для кожного нового діагнозу раку молочної залози, що лікується в формально визнаній клініці грудей (Horlait, De Regge, Baes, Eeckloo, & Leys, 2022).

Вказано, що відповідно до законодавства, очолювати та координувати міждисциплінарну команду повинен медичний координатор, бажано з конкретним досвідом роботи з онкологічним захворюванням. Перелічено фахівців, які входять до складу міждисциплінарної команди в сфері онкології, а саме: принаймні чотири різні медичні спеціалісти (наприклад, фахівці з онкології, променевої терапії, хірургії, внутрішніх органів, або патологія), які належать до персоналу лікарні, а також один заочний учасник (наприклад, лікар загальної практики). Немедичний онкологічний персонал (тобто психологи, медсестри, соціальні працівники та менеджери даних, які реєструють дані для національного онкологічного центру) юридично не зобов'язані брати участь у МОС (Horlait, De Regge, Baes, Eeckloo, & Leys, 2022).

Висвітлено, що присутнє дещо стереотипне або відсутнє враження про обов'язки та діяльність фахівців немедичної сфери, що зумовлено браком (неофіційних) домовленостей щодо їх ролі.

Також теоретично проаналізовано міждисциплінарний підхід у сфері охорони здоров'я Бельгії. Так виникло поняття “громадського медичного центру” та його роль в закладах охорони здоров'я Бельгії. Громадський медичний центр Бельгії - спеціалізований заклад охорони здоров'я, який надає широкий спектр медичних та соціальних послуг для мешканців громади. Визначено поняття “інтегрованої допомоги”, яке створюється на основі спільної роботи міждисциплінарної команди задля впливу на пацієнта.

Насамкінець проведено емпіричне дослідження з метою вивчення досвіду соціальних працівників з реалізації міждисциплінарної взаємодії в закладах охорони здоров'я Бельгії. Як результат: було досліджено організацію та реалізацію міждисциплінарної взаємодії. Визначено, що в залежності від типу інституції, фахівці в чий обов'язки входить організація та реалізація міждисциплінарної

взаємодії варіюються. Визначено діяльність соціального працівника, яка здебільшого включає роль консультанта, а подекуди і координатора міждисциплінарної команди. З'ясовано склад міждисциплінарної команди, що включає фахівців сфери: здоров'я, психології, арт терапії, соціальної роботи та інші. Продемонстровано переваги та недоліки міждисциплінарної взаємодії, де перевагами визначають: комунікацію з різними фахівцями, підвищення рівня обізнаності серед медичного персоналу, стосовно роботи соціального працівника; зменшення навантаження на медичних працівників. Недоліками є стереотипне та застаріле мислення, стигматизація зі сторони колег. Дослідження відбувалось якісним методом, глибинного інтерв'ю з двома респондентами, де відповідно до чотирьох блоків було сформовано та структуровано їх відповіді.

Також теоретично проаналізовано досвід місцевого українського пілотного проекту “Комплексна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок війни”. Важливо, що авторка дослідження була особисто залучена в цей проєкт та могла на практиці простежити, як відбувається міждисциплінарна взаємодія та роль, яку виконує соціальний працівник у цьому процесі.

Надано практичні рекомендації щодо реалізації міждисциплінарної взаємодії фахівцем соціальної роботи у закладах охорони здоров'я, де було висвітлено такі тези: роль фахівця соціальної роботи; міждисциплінарна взаємодія; переваги та недоліки робіт; ефективне використання ресурсів та положення про етичний кодекс.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bernard C.K. Choi & Anita W.P. Pak. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*, 29(6), 351-364. Retrieved from: <https://bit.ly/3N2XYho>
2. Corens, D. (2007). Health system review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 9(2), 1-172. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107825/HiT-9-2-2007-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
3. Derrick, H. (2018). Interdisciplinary Healthcare Teams. *SPNHA Review*, 14(1), Article 8. Retrieved from: <https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=spnharview>
4. Fawcett-Henesy, A. (1997). Foreword. In J. Ovretveit (Ed.), *Selection, editorial matter, Chapters 1--4* (pp. xx-xx). Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press Ltd. ISBN 978-1-349-13873-9.
5. FPS Health, Food Chain Safety and Environment. (17.10.2022). Soins intégrés. Retrieved from: <https://www.health.belgium.be/en/node/27234>
6. Frickel, S., Albert, M., & Prainsack, B. (Eds.). (2016). *Investigating interdisciplinary collaboration: Theory and practice across disciplines*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. ISBN 9780813585918.
7. Gehlert, S., & Browne, T. (Eds.). (2012). *Handbook of health social work* (2nd ed.). Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. ISBNs 978-0-470-64365-5; 978-1-118-11589-3; 978-1-118-11591-6; 978-118-11590-9.
8. Horlait, M., De Regge, M., Baes, S., Eeckloo, K., & Leys, M. (2022). Exploring non-physician care professionals' roles in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. *PLoS ONE*, 17(2), e0263611. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8812975/>

9. Jones, C. (2009). Interdisciplinary Approach - Advantages, Disadvantages, and the Future Benefits of Interdisciplinary Studies. ESSAI, 7, Article 26. Retrieved from: <https://dc.cod.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1121&context=essai>
10. Mathias, P., Prime, R., Thompson, T. (1997). Chapter 6. In J. Weinstein, L. Mitchell, M. Coats (Eds.), Chapters 7, 8, 9 (in order) (pp. xx-xx). Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press Ltd. ISBN 978-1-349-13873-9.
11. OECD. Organization for Economic Cooperation and Development. (2021). Integrated care. Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b291ab11-en/index.html?itemId=/content/component/b291ab11-en>
12. Ovretveit, J. (1997). Selection, editorial matter, Chapters 1--4. In P. Mathias, T. Thompson (Eds.), Selection, editorial matter, Chapters 5 and 10 (pp. xx-xx). Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press Ltd. ISBN 978-1-349-13873-9.
13. Reshota N. (11.06.2020). Platform for developing medicine & science. "Ingenius". Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. Відновлено з: <https://bit.ly/3MJhkqn>
14. Stanhope, V., & Straussner, S. L. A. (Eds.). (2018). Social work and integrated health care: From policy to practice and back. New York: Oxford University Press. ISBN: 9780190607319.
15. Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). The New Public Health (3rd ed.). San Diego: Elsevier, Academic Press. ISBN: 978-0-12-415766-8.
16. Vereniging van Wijkgezondheidscentra. CONCEPT WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM. The community health centre. Retrieved from: file:///C:/Users/Acer/Downloads/Health%20community%20centre.pdf
17. Бісмак. О. В. & Лазарева. О. Б. (2022). Оптимізація реабілітаційного процесу в осіб з невропатіями верхньої кінцівки на основі міждисциплінарного підходу. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія № 1*. 796.015:616.833-002+615.825. Відновлено з: <https://bit.ly/3MIgwSK>

18. Богдан, Д., Бойко, А., Василькова, А. та ін. (2019). Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Відновлено з: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>
19. Божок В. В. (2019). Зміст та особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. Відновлено з: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/36991/1/%D0%91%D0%BE%D0%B6%D0%BE%D0%BA%20%D0%92..pdf>
20. Денисюк, О., Дуля, А., Лехолетова, М. & Лях, Т. (2022). Соціальна робота в дитячих лікарнях Чеської Республіки. *Ввічливість. Humanitas*, 3, 46–53. Відновлено з: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/humanitas/issue/view/41/43>
21. Клос, Л. (2017). Аспекти професіоналізації соціальної роботи сфери здоров'я у США і Україні. *Social Work and Education*, Vol. 4, No. 1., ст. 8-21. Відновлено з: http://catalog.library.tnpu.edu.ua/naukovi_zapusku/Social%20Work/Work_2017_1.pdf#page=8
22. Кодекс законів про працю України. № 322-VIII. (10.12.1971). Відновлено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
23. Лунь К. О. & Спіріна Т. П. (2021). Надання інтегрованих соціальних послуг в Україні: міждисциплінарний підхід. *Інноваційна педагогіка. Соціальні педагогіка. №40. 364.6(477)*. Відновлено з: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/40091/1/T_SPIRINA_K_LUN_IP_40_KSP%26SR_IL.pdf
24. Лях Т., Спіріна Т. & Рогожинська В. (2020). Принципи міждисциплінарної взаємодії у соціальній роботі. Відновлено з: file:///C:/Users/Acer/Downloads/PRINCIPI_MIZDISCIPLINARNOI_VZAEМОDII_U_SOCIALNIJ_R.pdf

25. Молчанов Д. (2011). Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи. *Здоров'я України*. Відновлено з: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2011_pediatr_1/10-11.pdf
26. Мультимедійна платформа іномовлення України. “УКРІНФОРМ”. (18.02.2022). За 30 років населення України скоротилося більш ніж на 10 мільйонів - науковиця. Відновлено з: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3407008-za-30-rokiv-naselenna-ukraini-skorotilosa-bils-niz-na-10-miljoniv-naukovica.html>
27. Основи законодавства України про охорону здоров'я. № 2801-ХІІ. (19.11.1992). Відновлено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
28. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я. № 5054. (20.08.2009). Відновлено з: <https://ips.ligazakon.net/document/JF3WE00A?an=35>
29. Полехіна В. М. (2014). Медико-соціальна робота: передумови становлення та сучасний стан. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія “Педагогіка, соціальна робота”*. Випуск 33. ст. 140-142. Відновлено з: <https://bit.ly/3IR7AcG>
30. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг. №429. (23.06.2020). Відновлено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20>
31. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я. № 385. (28.10.2002). Відновлено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text>
32. Про соціальні послуги. № 2671-VIII. (17.01.2019). Відновлено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
33. Сисоєнко І. (27.02.2020). Всеукраїнська Асоціація Фізичної Медицини, Реабілітації і Курортології. “ВАФК”. Важливість мультидисциплінарних команд у реабілітаційному процесі. Відновлено з:

<https://vafk.org.ua/vazhlyvist-multydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitacijnomu-proczesi/>

34. Український Католицький Університет. (30.12.2022). Комплексна реабілітація осіб постраждалих від воєнних дій. Відновлено з: <https://health.ucu.edu.ua/news/kompleksna-reabilitatsiya-osib-postrazhdalyh-vid-voennyh-dij>
35. Шульгіна Н. А. (2020). Медико-соціальна робота в закладах охорони здоров'я. *Медсестринство*. № 2. Відновлено з: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/kovbasyuk_i,+66-68%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/kovbasyuk_i,+66-68%20(1).pdf)