

Міністерство освіти та науки України
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра соціальної педагогіки та соціальної роботи

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ
ПРИ НАДАННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТАМ
НДСЛ «ОХМАТДИТ»**

Спеціальність – 231 «Соціальна робота»

студентки II курсу
групи МОСПм-1-24-1.4д
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Міщук Єлизавета Дмитрівна
Науковий керівник: Лютий В.П.,
кандидат педагогічних наук, доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Мищук Є.Д. Оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ «Охматдит». – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Магістерська робота за спеціальністю 231 Соціальна робота за освітньою програмою 231.00.03 Моніторинг і оцінка соціальних програм. – Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка, Київ, 2025.

Магістерська робота присвячена актуальній темі міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ “Охматдит”, з акцентом на оцінювання ефективності такої співпраці. Метою дослідження було провести оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії у процесі надання медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ «Охматдит» та розробити рекомендації щодо оптимізації міждисциплінарної співпраці працівників лікарні.

У магістерській роботі узагальнено уявлення про міждисциплінарну співпрацю в українських та зарубіжних медичних закладах. З’ясовано, що у сфері медико-соціальної підтримки міждисциплінарна співпраця є не тільки організаційним механізмом, але й основою для налагодження ефективної допомоги. Визначено, що така взаємодія є поширеною і переважно ефективною практикою в НДСЛ “Охматдит”, яка втілюється через команди спеціалістів. У дослідженні систематизовано перешкоди та сприятливі чинники для успішної командної взаємодії в НДСЛ “Охматдит”, а також наведені рекомендації для підвищення ефективності співпраці.

Ключові слова: *міждисциплінарна взаємодія; медико-соціальна підтримка; НДСЛ «Охматдит».*

ABSTRACT

Mishchuk, Y.D. Assessment of the effectiveness of interdisciplinary interaction in providing medical and social support to patients of the National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt". – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Master's thesis in the specialty 231 Social Work under the educational program 231.00.03 Monitoring and Evaluation of Social Programs. – Faculty of Psychology, Social Work, and Special Education, Boris Grinchenko Metropolitan Kyiv University, Kyiv, 2025.

This master's thesis is dedicated to the pertinent topic of interdisciplinary interaction in providing medical and social support to patients of the National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt", with an emphasis on evaluating the effectiveness of such cooperation. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of interdisciplinary interaction in providing medical and social support to patients at the National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt" and to develop recommendations for optimizing interdisciplinary cooperation among hospital staff.

The master's thesis summarizes the concept of interdisciplinary cooperation in Ukrainian and foreign medical institutions. It was found that in the field of medical and social support, interdisciplinary cooperation is not only an organizational mechanism but also the basis for establishing effective assistance. It has been determined that such interaction is a widespread and predominantly effective practice at the National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt". The study systematizes the obstacles and enabling factors for successful team interaction at the National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt", and provides recommendations for improving the effectiveness of cooperation.

Key words: *interdisciplinary interaction; medical and social support; National Specialized Children's Hospital "Ohmatdyt".*

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ НАДАННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ	9
1.1. Сутність та значення міждисциплінарної взаємодії у сфері медико-соціальної підтримки	9
1.2. Сучасні практики міждисциплінарної співпраці у медико-соціальній сфері	22
1.3. Основні компоненти забезпечення ефективності міждисциплінарної взаємодії в системі охорони здоров'я	34
Висновки до першого розділу	43
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В НДСЛ «ОХМАТДИТ»	45
2.1. Методологія оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії у медико-соціальній підтримці пацієнтів НДСЛ «Охматдит»	45
2.2. Результати оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії працівників НДСЛ «Охматдит»	51
Висновки до другого розділу	71
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» у статті 5 визначає комплексність як один із принципів здійснення соціальної роботи [18]. Цей принцип втілюється на практиці зокрема через існування міждисциплінарних команд для підтримки різних груп клієнтів [13]. Постанова Кабінету Міністрів України «Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах» визначає *міждисциплінарну команду* як команду фахівців – працівників суб'єктів для захисту прав дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах [16].

У дитячих закладах охорони здоров'я пацієнти часто потребують не лише медичних втручань, а і психологічної, емоційної та соціальної підтримки [13]. Міждисциплінарна взаємодія різних спеціалістів, як-от лікарів, психологів, соціальних працівників, забезпечує комплексний підхід до вирішення проблем дитини. Використання міждисциплінарного підходу в роботі фахівців зустрічається і серед нормативно-правових актів, пов'язаних із медичними закладами в Україні. У наказі Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» зазначається тотожне поняття, а саме «*мультидисциплінарна команда*» [19]. До її складу входять медичні спеціалісти, соціальні працівники, соціальні робітники, психологи, волонтери, юристи, священнослужителі та інші, визначені потребою пацієнта, фахівці.

Одним із документів в українському законодавстві, де зазначено про склад, обов'язки й організацію роботи міждисциплінарної команди, є наказ МОЗ України, МОН України, Мінсім'ямолодьспорт України «Типове положення про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям» [25]. Положення затверджує, що обов'язковими членами міждисциплінарної команди у роботі з ВІЛ-інфікованими дітьми є лікар-педіатр, медична сестра та соціальний працівник. У команду можуть бути залучені

додаткові фахівці, зокрема лікарі інших спеціалізацій, вихователі, психологи, юристи тощо.

Окрім нормативно-правових актів, міждисциплінарна взаємодія представлена і в роботах вітчизняних науковців [13]. Так, А. Журавльова звертає увагу на важливість застосування міждисциплінарної взаємодії у межах соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими дітьми та їхніми родинами [6]. Дослідники О. Горленко, Л. Балецька, С. Лукашук у своїх працях висвітлюють особливості соціальної адаптації і реабілітації дітей із тяжкими захворюваннями та підкреслюють актуальність всебічного підходу в підтримці дітей з онкологічними діагнозами [10].

На думку низки науковців, зокрема О. Анопрієнко, Д. Данко, О. Денисюк, М. Лехолетової, Т. Лях, Т. Спіріної, міждисциплінарна взаємодія в соціальній роботі й медичній сфері є наріжним питанням для наукової і практичної діяльності [2, 3, 12, 23]. У своїх працях дослідники зазначають, що міждисциплінарний підхід під час надання медико-соціальної підтримки дітям дає змогу об'єднати зусилля різних фахівців і надавати послуги на засадах системності й цілісності.

Вивченню аспектів міждисциплінарної взаємодії в дитячих лікарнях присвячені праці Т. Лях, Д. Денисюк з колегами, які представили досвід Чеської Республіки [12]. Науковці наголошують на необхідності залучення соціальних працівників до медико-соціальної підтримки пацієнтів у складних життєвих обставинах. Використовуючи вітчизняний приклад, О. Анопрієнко у своїх працях висвітлює діяльність міждисциплінарної команди на базі НДСЛ «Охматдит», де фахівці надають комплексну медико-соціальну підтримку пацієнтам [2]. Міждисциплінарна взаємодія в дитячій лікарні «Охматдит» грає значну роль в організації допомоги сім'ям, які користуються послугами закладу. У лікарні працює Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги дітям, в який входять різні спеціалісти (психологи, психіатри, фахівці із соціальної роботи,

логопеди). Він надає всебічну підтримку пацієнтам та їхнім родичам, а також співпрацює із медичним персоналом лікарні.

Окрім організації міждисциплінарної взаємодії, важливим аспектом лишається налагодженість її роботи. Попри зацікавленість низки дослідників темою та їхній наукових доробок, проблема визначення ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам залишається недостатньо дослідженою в контексті української системи охорони здоров'я. Більшість наукових праць сфокусована на загальних особливостях міждисциплінарного підходу й не аналізує конкретні методи оцінювання співпраці фахівців. Наразі бракує вітчизняних досліджень щодо міждисциплінарної співпраці в дитячих лікарнях. Існує потреба в оцінюванні ефективності взаємодії різнопрофільних фахівців, адже від того, наскільки скоординованою буде робота спеціалістів між собою в дитячій лікарні, залежить рівень задоволеності медичною допомогою і рівень добробуту пацієнтів загалом.

Дослідження ефективності міждисциплінарної взаємодії дасть змогу оцінити і вдосконалити поточну модель надання соціальної допомоги пацієнтам лікарні «Охматдит», виявляючи проблеми і стратегії покращення співпраці фахівців.

Аналізуючи згадані вище наукові праці, можна зробити висновок, що проблема оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії в дитячих лікарнях не була об'єктом та предметом окремого наукового дослідження. Зважаючи на це, соціальна значущість питання й недостатня кількість теоретичних і практичних досліджень зумовили вибір теми роботи: ***«Оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ "Охматдит"»***.

Об'єкт дослідження – міждисциплінарна взаємодія при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам медичного закладу.

Предмет дослідження – ефективність міждисциплінарної взаємодії під час надання медико-соціальної підтримки пацієнтам медичного закладу.

Мета дослідження – провести оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії у процесі надання медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ «Охматдит» та розробити рекомендації щодо оптимізації міждисциплінарної взаємодії працівників лікарні.

Відповідно до мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Розкрити теоретико-методологічні засади міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам.
2. Виокремити основні компоненти міждисциплінарної взаємодії, що сприяють та перешкоджають ефективній медико-соціальній підтримці пацієнтів.
3. Провести оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії під час медико-соціальної підтримки пацієнтів НДСЛ «Охматдит».
4. Розробити рекомендації стосовно покращення міждисциплінарної взаємодії працівників НДСЛ «Охматдит».

Методи дослідження. Під час роботи було використано сукупність загальнонаукових та спеціальних методів, як-от: аналіз теоретичних досліджень із питань наукової роботи, порівняння й узагальнення – для систематизації джерел, аналіз та синтез – для вивчення наявної інформації, глибинне інтерв'ю – для збору даних, якісний аналіз результатів дослідження.

Публікації:

Міщук Є.Д. Сутність та значення міждисциплінарної взаємодії у сфері медико-соціальної підтримки. *Розвиток суспільства та науки в умовах цифрової трансформації* : матеріали ІХ міжнар. студ. наук. конф., м. Тернопіль, 31 жовт. 2025 р. Вінниця : ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. С. 59–61.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ НАДАННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ

1.1 Сутність та значення міждисциплінарної взаємодії у сфері медико-соціальної підтримки

Комплексний підхід у соціальній роботі неможливо забезпечити без використання знань та ресурсів різних галузей науки. Співпраця окремих фахівців широко поширена у практиці соціальної роботи і є певною традицією для цієї сфери. Як зазначає J. Bruner, «співпраця – це процес досягнення цілей, які не можуть бути досягнуті поодиножко або, як мінімум, не можуть бути досягнуті настільки ж ефективно» [35, с. 6]. У сфері соціального захисту та надання соціальних послуг для успішної взаємодії організовуються команди фахівців – групи людей, що працюють зі спільною метою і баченням ситуації, взаємодоповнюють або замінюють один одного для досягнення визначених завдань [1].

Комплексність і міждисциплінарний підхід визнані одними із основних принципів у соціальній роботі, про що свідчать деякі міжнародні документи. Зокрема, у постанові Ради Європи стосовно прав дітей та розвитку соціальних послуг, дружніх до дітей та сімей, одним із основних принципів розвитку послуг є комплексність, інтеграція та взаємодія всіх суб'єктів соціальної роботи [21]. Також, у Глобальній декларації етичних принципів соціальної роботи одним із таких принципів для соціальних працівників зазначається готовність до міждисциплінарної взаємодії у вирішенні пріоритетних соціальних питань й ефективного використання ресурсів [1].

Міждисциплінарна взаємодія є невід'ємною частиною низки сфер у межах соціальної роботи, як-от: практики паліативної допомоги, захисту прав дітей, попередження домашнього насильства, вуличної соціальної роботи, допомоги

сім'ям у СЖО, громадської охорони здоров'я та реабілітації, психіатричної допомоги тощо [31, 43, 5, 8, 21, 11].

В українській нормативно-правовій базі партнерська взаємодія фахівців представлена у роботі міждисциплінарних команд. У постанові Кабінету Міністрів України «Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах» зазначено, що міждисциплінарна команда – це команда фахівців, які є працівниками суб'єктів для захисту прав дітей, що перебувають у СЖО [16]. Відповідно до цієї постанови, міждисциплінарну команду утворюють за рішенням органу опіки та піклування, а службі у справах дітей відповідної адміністративно-територіальної одиниці надаються повноваження з формування й організації діяльності команди. Склад утворюється на підставі пропозицій суб'єктів захисту прав дітей і є індивідуальним для кожної конкретної дитини. Міждисциплінарна команда здійснює свою роботу у формі спільних засідань. Протокол висвітлює рішення, що приймає команда, а стан реалізації рішення обговорюється на наступних засіданнях.

Ще одним вітчизняним нормативно-правовим актом, який описує діяльність міждисциплінарних команд є «Типове положення про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям» 2007 року [25]. Згідно із положенням, міждисциплінарну команду утворюють в закладах охорони здоров'я педіатричного профілю, центрах профілактики та боротьби зі СНІД, будинках дитини тощо, якщо там перебуває більше 5 ВІЛ-інфікованих дітей, що отримують антиретровірусну терапію. У положенні також зазначено, що обов'язковими членами міждисциплінарної команди у роботі з ВІЛ-інфікованими дітьми є лікар-педіатр, медична сестра і соціальний працівник. У команду також можуть залучати додаткових спеціалістів, наприклад, лікарів інших напрямків, вихователів, психологів, юристів. Збори міждисциплінарної команди, які веде керівник, відбуваються 2-4 рази на місяць або частіше, якщо є необхідність.

У положенні також розписані обов'язки головних членів міждисциплінарної команди.

Українське законодавство у сфері медико-соціальної підтримки містить синонімічне поняття, а саме «мультидисциплінарна команда», яке стосується об'єднання фахівців різних галузей для діяльності зі спільною метою. Зокрема, воно зустрічається у наказі Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» [19]. До складу такої команди можуть входити медичні спеціалісти, соціальні працівники, соціальні робітники, психологи, волонтери, юристи, священники та інші спеціалісти, залежно від потреб пацієнта і його родини. Відповідно до наказу, всі члени команди об'єднані однією метою – покращення якості життя пацієнта і членів його сім'ї завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та лікуванню болю, супутніх симптомів і ускладнень, та вирішення фізичних, психологічних, духовних і соціальних проблем пацієнта. Наказ визначає мультидисциплінарний підхід як основу для надання паліативної допомоги. За цим наказом, мультидисциплінарна команда у закладі охорони здоров'я покликана надавати спеціалізовану паліативну допомогу як в стаціонарних умовах, так і за місцем перебування пацієнта.

Поняття «мультидисциплінарна команда» також використовується у контексті надання психіатричної допомоги [20]. Так, програма медичних гарантій передбачає пакет «Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами». Склад команд охоплює психіатра, психолога або психотерапевта і медичну сестру. У фокусі уваги таких команд – надання допомоги пацієнтам, які вже виписалися після стаціонарного лікування, однак потребують спостереження вдома.

Надання допомоги у сфері реабілітації теж може відбуватися через мультидисциплінарні команди. Згідно із статтею 18 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року, «мультидисциплінарна реабілітаційна команда» – це «організаційно оформлена,

функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах» [17]. До складу такої команди входять лікарі-спеціалісти відповідного профілю й інші фахівці за потреби, зокрема соціальний працівник. Форма роботи команди – збори, де розробляється індивідуальний реабілітаційний план та розглядаються результати моніторингу та оцінювання виконання плану.

Сучасні науковці, а саме З. Кияниця, Ж. Петрочко, О. Денисюк, дають приблизно однакові визначення поняттю «міждисциплінарна взаємодія», що розглядається як співпраця групи фахівців різних спеціальностей, однодумців, об'єднаних спільними цілями [21, 1].

Найчастіше міждисциплінарна взаємодія у сучасній соціальній роботі зустрічається в контексті ведення випадку. Г. Скіпальська, А. Беякова, Т. Спіріна розглядають міждисциплінарне ведення випадку як класичну модель допомоги у соціальній роботі, що передбачає комплекс певних заходів, які проводить команда фахівців, взаємодіючи між собою для досягнення однієї мети з покращення якості життя клієнта, захисту його прав й інтересів [23, 15, 8]. Спеціалісти з різних сфер, як-от освіта, охорона здоров'я, соціальний захист та обслуговування населення, згідно із затвердженим планом працюють над виконанням завдань щодо подолання СЖО. У їхні обов'язки входить планування та надання відповідних послуг, залучення наявних ресурсів, інформування координатора ведення випадку про поточний стан виконання плану [23]. Незалежні експерти збираються на спільне обговорення досягнень та визначення необхідних послуг для конкретного отримувача. Клієнти відвідують зустрічі з командою фахівців або з окремими її членами. Особливістю моделі є зосередженість команди на єдиному результаті та робота за затвердженим порядком співпраці. Такий підхід дає змогу надати комплексну допомогу завдяки скоординованій роботі фахівців із різних дисциплін.

Метод міждисциплінарного ведення випадку визнаний ефективним й економічно виправданим, та є розповсюдженим у міжнародній практиці допомоги вразливим групам населення [14, 23]. Злагоджена командна робота різних фахівців дає змогу провести цілісне оцінювання випадку клієнта, надати йому широкий вибір послуг, а також відповідно використати наявні ресурси. Завдяки продуманим крокам і партнерству спеціалістів вдається у довгостроковій перспективі посприяти вирішенню СЖО, в яких перебуває особа.

Окрім міждисциплінарної команди випадку існує міждисциплінарна команда спеціалістів територіальної громади. У постанові Кабінету Міністрів України № 585 від 01.06.2020 року зазначається, що міждисциплінарна команда у своїй діяльності забезпечує прийняття узгоджених рішень і дій у найкращих інтересах дітей територіальної громади [16]. За потреби, із членів міждисциплінарної команди територіальної громади формується команда фахівців для ведення випадку конкретної дитини, що потребує захисту.

Міждисциплінарна взаємодія може використовуватися на різних етапах роботи із родиною, як-от під час: реагування на потреби громади; виявлення вразливих категорій населення, осіб у СЖО; оцінювання потреб особи/сім'ї або населення територіальної громади; стратегічного планування у громаді; надання соціальних послуг; залучення наявних ресурсів; моніторингу якості надання соціальних послуг [1]. Склад команди за фахом і кількістю, а також рівень підготовки її учасників визначаються низкою чинників, зокрема: 1) цілями і завданнями організації або програми; 2) масштабами і ресурсними можливостями; 3) спектром послуг, що надаються; 4) усіма виявленими потребами родини [28].

Попри те, що в українському дискурсі поняття «міждисциплінарна» і «мультидисциплінарна» команда є загалом тотожними, деякі науковці вважають за потрібне розділяти значення наведених термінів. Так, із-поміж моделей ведення випадку І. Зверева розрізняє мультидисциплінарну і міждисциплінарну, які базуються на командному підході до надання і модерування послуг [5]. У першій

моделі команда незалежних експертів має різні плани втручання і різні завдання. Оцінювання роботи відбувається на регулярних зустрічах, координацію здійснює соціальний працівник-менеджер ведення випадку. На відміну від першої, міждисциплінарна модель передбачає єдиний план роботи фахівців, на регулярних зустрічах обговорюються основні питання щодо ведення випадку. У свою чергу, це дає змогу уникнути накладання послуг та неузгодженості в наданні допомоги. Міждисциплінарну модель розглядають як одну із найбільш перспективних у налагодженні комплексної підтримки через інтеграцію всіх зусиль спеціалістів.

Дослідники J. Gabrielová та M. Veleminsky також наголошують на різниці міждисциплінарної і мультидисциплінарної співпраці [39]. Так, мультидисциплінарний вид взаємодії характеризується тим, що не всі члени команди однаково зацікавлені в досягненні остаточної мети. Фахівці з різних дисциплін можуть працювати разом, проте без однієї цілі. На противагу цьому, міждисциплінарна команда є групою, члени якої планують взаємодію і працюють над досягненням спільної мети. Підтримка міждисциплінарною групою є скоординованою, рішення приймаються згуртованими зусиллями, а члени команди доповнюють один одного.

Згідно із Я. Юрків, мультидисциплінарна команда – це «сукупність незалежних експертів різних галузях знань з окремими планами роботи та окремими завданнями» [28, с. 218]. Хоча вони і працюють пліч-о-пліч, але не разом, а внутрішні зв'язки фахівців координує єдиний керівник команди. Це визначення збігається із поглядами попередніх дослідників і розглядає мультидисциплінарну команду як групу із різними планами і цілями в роботі. Ми у своїй праці, враховуючи думку більшості науковців та українське законодавство, будемо вживати поняття «міждисциплінарна» і «мультидисциплінарна» команда як синонімічні.

Варто зазначити різницю міждисциплінарної і міжвідомчої взаємодії. Так, міжвідомча полягає у співпраці між кількома державними відомствами, органами і

підрозділами місцевого самоврядування з метою вирішення спільних завдань [24]. Міжвідомча взаємодія доцільна у випадках домашнього насильства, виявлення родин, що перебувають у СЖО, для обміну інформацією, переспрямування клієнтів тощо. Водночас мультидисциплінарна команда – це група спеціалістів, як-от психолог, лікар, юрист, педагог, реабілітолог тощо, які уповноважені різними суб'єктами, створена для того, щоб тимчасово забезпечити колегіальність рішень та узгодження дій під час надання соціальних послуг особам у СЖО [22].

Можливими формами міждисциплінарної взаємодії є: 1) команди фахівців; 2) засідання спеціалістів соціальної сфери; 3) робочі групи фахівців різних структур для розроблення проєктів і вирішення проблем; 4) спільні робочі наради, тренінги, семінари тощо [1]. Кожен учасник міждисциплінарної команди, залежно від своєї професійної спеціалізації, може виступати експертом у певній вузькій сфері, до якого інші члени групи звертаються за достовірною і чіткою інформацією [5].

У постанові Кабінету Міністрів України № 585 наведені завдання, які покликана виконувати міждисциплінарна команда у контексті роботи з дітьми. Серед них: 1) прийняття узгоджених рішень і дій в інтересах дитини; 2) аналіз інформації про ситуацію дитини, оцінювання потреб родини у СЖО; 3) створення, виконання, перегляд і коригування індивідуального плану надання соціальних послуг; 4) підняття питання про соціальний захист дитини у СЖО на засіданні комісії з питань захисту прав дітей [16].

Міждисциплінарну команду зазвичай координує один фахівець, який відповідає за організацію та узгодження діяльності членів команди [13]. Серед обов'язків координатора є: робота із документацією, необхідною під час супроводу клієнта; координування діяльності спеціалістів; організація робочих зустрічей команди та обговорення; контролювання визначених термінів у роботі; представництво інтересів клієнта; за потреби, залучення додаткових ресурсів до роботи команди [1].

У медичній сфері міждисциплінарна взаємодія втілювалася у практику завдяки зусиллям відомого американського лікаря Richard Cabot, який у своїй праці «Social service and the art of healing» 1909 р. запропонував, щоб лікарі, педагоги і соціальні працівники об'єдналися разом навколо труднощів пацієнта [39]. Міжнародний досвід вказує на те, що мультидисциплінарний підхід втілювався найперше в галузі онкології, а згодом став застосовуватися і в інших сферах охорони здоров'я [7].

Сучасна медицина використовує досвід взаємодії різних спеціалістів у межах однієї установи або поза її межами [13]. Як зазначає М. Rosen з колегами, командна робота і співпраця необхідна при наданні й координації якісної медичної допомоги [45]. Ціллю міждисциплінарної співпраці є сприяння поліпшенню результатів здоров'я пацієнтів і їхнього добробуту [32]. Мультидисциплінарний підхід був визначений Американською асоціацією громадської охорони здоров'я як один з основних принципів теорії і практики громадської охорони здоров'я [5].

Спираючись на досвід чеських науковців, автори Т. Лях, О. Денисюк, М. Лехолетова та А. Дуля слушно зазначають, що при наданні медичної підтримки зростає необхідність надання і соціальної допомоги [12]. Соціальна робота має історичний досвід групової допомоги, тому додає унікальну перспективу у середовище охорони здоров'я [32]. Медико-соціальна робота – це “вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, яка спрямована на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Її головна мета – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною чи психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям” [26, с. 147]. Медико-соціальна робота проводиться фахівцями різних галузей і цілісно охоплює аспекти життя клієнта, які пов'язані з його здоров'ям [13].

Науковці вбачають у медико-соціальній роботі один із напрямів соціальної роботи, водночас розглядаючи її як вагомий складник соціальної медицини із прикладним характером [4]. Основною особливістю цієї сфери є сформованість із

двох самостійних галузей – охорони здоров'я і соціальної роботи [13]. Також, медико-соціальна робота включає в себе активну співпрацю з медичними працівниками та чітке визначення меж відповідальності кожної сторони. У контексті медико-соціальної роботи клієнти перебувають у СЖО, що часто пов'язано із соціально значущими захворюваннями, як-от ВІЛ, гепатити, цукровий діабет, туберкульоз, онкологія, психічна чи фізична інвалідність, залежності від психоактивних речовин тощо. Завдяки цілісному медико-соціальному підходу надання допомоги вдається вплинути на початку розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, що запобігає різного роду ускладненням у майбутньому [13].

D. Cohen із співавторами прагнули описати та систематизувати моделі інтеграції фахівців із поведінкового здоров'я (психологів, психіатрів, соціальних працівників) у структуру первинної медичної допомоги [36]. Було проаналізовано три моделі: консультативну модель (епізодична комунікація медикам з боку соціального працівника чи психолога); координовану, коли є спеціальна особа (care coordinator), яка підтримує пацієнта у системі надання послуг від різних спеціалістів; інтегрована, за якої відбувається повна інтеграція психолога або соціального працівника в команду первинної допомоги, наявна спільна електронна медична документація, план лікування, системна взаємодія між фахівцями. Було визнано, що саме «інтегрована модель» є найефективнішою з погляду загально командного клімату, якості допомоги й задоволення пацієнтів, забезпечуючи більш цілісний підхід до пацієнта.

Н. Шульгіна розглядає інтеграцію медичної і соціальної допомоги як інструмент втілення системної соціальної політики країни, яка має на меті збільшення якості життя населення [27]. Також, авторка зазначає, що професійна міждисциплінарна діяльність у профілактичному, лікувально-діагностичному, психологічному, реабілітаційному та соціально-правовому напрямках є важливою умовою для соціального добробуту в соціумі.

Що стосується суб'єкта впровадження соціальної підтримки – соціального працівника, – то слід зазначити, що і нормативно-правові акти, і дослідники розглядають його як обов'язкового члена міждисциплінарної команди у медико-соціальній сфері. Значущість такого фахівця неодноразово підтверджується дослідженнями, що стосуються осіб, які живуть із різними хворобами [3]. Оскільки захворювання створює бар'єри для цілісного і якісного життя людини в соціумі, виникають різноманітні проблеми, зокрема і соціальні. Через це особі та її родині необхідна кваліфікована допомога відповідних спеціалістів, у тому числі і фахівця із соціальної роботи. Науковці Т. Лях, О. Денисюк, М. Лехолетова та А. Дуля наголошують, що соціальний працівник має завдання сприяти подоланню чи мінімізації негативного стану, який спричинений захворюванням клієнта [12]. Загалом, соціальний працівник постає фахівцем із питань соціальної підтримки, оформлення соціальних виплат, інтеграції у соціум, співпраці між іншими спеціалістами і родиною, координатором послуг тощо. Роль соціального працівника у медико-соціальній роботі є координаційною, оскільки він виступає посередником у вирішенні сукупності проблем клієнта у СЖО [4].

Дослідники К. Кріжік, Н. Гусак, В. Степаненко погоджуються, що соціальний працівник у міждисциплінарній команді найперше покликаний працювати над проведенням оцінювання ситуації клієнта та забезпеченням його потреб [11, 24]. Так, у сфері психічного здоров'я, де одним із способів організації допомоги є робота міждисциплінарної команди, соціальні працівники відіграють значну роль у наданні підтримки клієнтам. Їхня місія полягає у подоланні психосоціальних бар'єрів осіб із проблемами психічного здоров'я через здійснення оцінювання їхніх потреб, інформування щодо зв'язку фізичного та психічного здоров'я, навчання клієнтів коупінг-стратегіям тощо [11]. Усе це дає змогу застосувати холістичний підхід у наданні допомоги клієнтам та розвиває інтегровані послуги у сфері психічного здоров'я. Т. Лях із колегами також наголошує на цінності ролі соціального працівника в лікарнях [12]. Науковці вважають, що такий фахівець

безпосередньо впливає на якість надання медичних послуг, запобігає виникненню соціальних проблем у пацієнта. Попри певну універсальність обов'язків фахівця із соціальної роботи в лікарнях, його особливістю є застосування психосоціального підходу в роботі з пацієнтами [12].

Окрім зазначеного, діяльність соціальних працівників у медичній сфері спрямована на: надання первинної психологічної допомоги в лікарнях жінкам, що народжують дітей із розладами; забезпечення психологічної підтримки і консультування з правових питань особам, що зазнали насильства; надання підтримки особам похилого віку та паліативним хворим; організацію реабілітаційної допомоги дітям з інвалідністю в медико-соціальних центрах; втілення соціальних програм для визначених груп клієнтів (залежних від психоактивних речовин, ВІЛ-інфікованих тощо) [3]. Д. Данко наголошує, що варто розуміти особливості соціальної роботи із важко хворою дитиною та її сім'єю у закладі охорони здоров'я [3]. У такому випадку діяльність фахівця має бути зосереджена на швидкому реагуванні на ситуацію в родині і пошуку можливостей для її подолання. При цьому формою роботи, зазвичай, виступає консультування, оскільки родина, що виховує важко хвору дитину, має потребу в підтримці та отриманні необхідної інформації від спеціаліста. Крім того, соціальні працівники в лікарнях виконують функцію посередника між хворою дитиною, її батьками і медичними працівниками. Фахівець із соціальної роботи покликаний взаємодіяти із лікарями задля обговорення відповідних підходів до надання допомоги дитині. Соціальна робота у медичних закладах відрізняється ще тим, що соціальні працівники мусять постійно взаємодіяти з іншими установами психологічного, педагогічного, соціального та юридичного характеру. Це пояснюється необхідністю залучити всі можливі дотичні до ситуації родини ресурси задля відновлення її здоров'я та соціальної активності. Загалом, існує згода між науковцями, що міждисциплінарна співпраця є основою належної практики захисту дітей [31].

У межах медико-соціальної роботи найтісніше соціальні працівники взаємодіють власне із медперсоналом. Така співпраця може проявлятися через: вчасне виявлення родин у СЖО задля соціальної підтримки і супроводу в майбутньому; залучення медичного персоналу до проведення оцінювання потреб і надання соціальних послуг родинам у СЖО; підтримку прийомних, патронатних і опікунських родин, які виховують дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування; організацію профілактичних заходів із теми здорового способу життя, запобігання насильства тощо [21]. Можна стверджувати, що через взаємне інформування медичні і соціальні працівники можуть сприяти своєчасному виявленню осіб, які потребують фахової медичної або соціальної допомоги, і переспрямовувати їх.

Цінним для розгляду є питання визначення ефективності міждисциплінарної команди та критеріїв успішних команд, поданих у літературі. Ефективною команда вважається тоді, коли її учасники комунікують між собою, об'єднують досвід і відповідальність за прийняття рішень [33]. Поняття ефективності можна розглядати як поєднання результативності команди (чого вона здатна досягнути), функціонування під час командної діяльності та життєздатності (віра команди в те, що вона зможе успішно працювати разом надалі) [40].

Серед загальних характеристик, притаманних успішній міждисциплінарній команді, є: 1) володіння спеціалізованими і взаємодоповнюючими знаннями та навичками; 2) знання про свою роль та обов'язки інших членів команди; 3) взаємодія один з одним для досягнення спільної мети; 4) наявність взаємозалежних завдань, які виконують учасники команди; 5) можливість приймати спільні рішення [33].

Британські дослідники T. Soukup, B. Lamb, S. Arora, A. Darzi, N. Sevdalis, J. Green у своїй статті подають ширший перелік характеристик ефективної міждисциплінарної команди [47]. Характеристики об'єднані у 6 блоків: 1) команда - стосується рівня спеціалізації, лідерства, особистого розвитку та навчання,

командної культури (як-от взаємна повага та довіра, рівність, вирішення конфліктів, конструктивні дискусії, відсутність особистих інтересів, здатність запитувати та надавати роз'яснення); 2) інфраструктура для проведення зустрічей міждисциплінарної команди, а саме відповідна кімната, наявність технологій та обладнання; 3) організація зустрічей міждисциплінарної команди, тобто регулярні зустрічі; 4) логістика - підготовка й організація зустрічей, координація послуг для пацієнта; 5) прийняття рішень, орієнтованих на пацієнта (включає наявність інформації для прийняття обґрунтованих рішень, існування механізмів для визначення пацієнтів, які потребують супроводу, участь пацієнта у прийнятті рішення щодо лікування та догляду); 6) управління командою стосується організаційної підтримки (фінансування та ресурсів), моніторингу і оцінювання результатів роботи команди, а також дотримання стандартів надання послуг у лікарні.

Суттєвим доповнення до розуміння ознак ефективних команд є перелік, викладений у статті S. Tarlin з колегами [48]. Так, науковці визначають першим пунктом комунікацію, а саме ведення переговорів і розроблення спільних цілей для пацієнта, обмін інформацією тощо. Другим пунктом є співпраця, що проявляється у чіткій прихильності до спільної роботи. Наступним у переліку є координація діяльності міждисциплінарної команди та згуртованість учасників (розвиток довіри і бажання надалі працювати разом). Далі автори статті висвітлюють додаткові три пункти, які дають змогу командам вирішити попередні завдання: колективна ефективність (віра в те, що команда здатна досягати мети як одне ціле); колективна ідентичність (розуміння характеристик команди); використання колективних ресурсів команди. Останньою характеристикою є потреба в коучингу (додатковому підкріпленні і цілеспрямованому тренуванні, щоб закріпити результати команди). Цей перелік описує, як має функціонувати ефективна міждисциплінарна команда.

Отже, міждисциплінарна взаємодія відіграє значну роль у сфері медико-соціальної підтримки. Внаслідок сукупності проблем клієнтів виникає потреба в організації різнопланової допомоги медичного, соціального, юридичного, психологічного та іншого профілю. Міждисциплінарна взаємодія є ефективним підходом, який забезпечує комплексність й узгодженість у наданні послуг із подолання СЖО, дає змогу залучити й використати всі можливі ресурси. Українське законодавство вживає поняття “міждисциплінарна команда” і “мультидисциплінарна команда” як синонімічні, хоча деякі науковці їх розрізняють, під першим терміном маючи на увазі більшу злагодженість групи та спільну мету в роботі. У вітчизняних нормативно-правових актах описано механізми створення і функціонування міждисциплінарних команд в різних контекстах (захист прав дітей, паліативна і психіатрична допомога тощо). Діяльність команд базується на колегіальному прийнятті рішень, розробленні індивідуальних планів допомоги, узгодження дій усіх членів з метою покращення якості життя клієнта. Соціальний працівник зазвичай постає членом міждисциплінарної команди і виконує багато функцій, як-от координація дій фахівців, оцінювання потреб клієнтів, налагодження зв'язку між родиною і спеціалістами. Загалом, міждисциплінарна взаємодія є не лише організаційним механізмом, але і основою для побудови ефективної моделі медико-соціальної підтримки.

1.2 Сучасні практики міждисциплінарної співпраці у медико-соціальній сфері

Як зазначають І. Козубовська та Б. Булеза, працюючи з дітьми у групах ризику, фахівці здатні досягати поставлених цілей лише об'єднуючи зусилля, адже часто перед ними постають питання, що не належать до їхньої сфери впливу [9]. Тому робота має передбачати комплексний характер, що проявляється, зокрема, через співпрацю медичний і соціальних працівників. Крім того, ефективність

спільної роботи може збільшуватися при наявності у фахівців спеціальної підготовки з питань міждисциплінарної взаємодії. Міждисциплінарний підхід дає змогу покращити комунікацію між різними спеціалістами, забезпечує досягнення завдань у команді через організацію спільної діяльності. Усе це сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів та поліпшення результатів лікування [7]. Наразі різні країни світу (як-от США, Польща, Угорщина) розглядають соціальну роботу як невід’ємний складник медичної сфери [3]. Соціальних працівників активно долучають до міждисциплінарної співпраці у медичних закладах.

У Чехії соціальна робота в медичних закладах та міждисциплінарна взаємодія відіграє значну роль у сфері охорони здоров’я та соціального захисту. Дослідники Т. Лях з колегами у своїй статті описують досвід соціальної роботи та співпраці фахівців у дитячих лікарнях Чеської республіки, де соціальні працівники надають послуги соціальної допомоги і супроводу [12]. Такі спеціалісти зосереджені на роботі з пацієнтом та його родиною, взаємодіють із медичним персоналом задля створення сприятливих умов перебування хворого в лікарні. Розглядаючи Центр супроводу при дитячих лікарнях Чехії, дослідники визначають його мету – підтримувати родину з моменту отримання діагнозу до передачі сім’ї під супровід за місцем проживання. Підтримка передбачає кризову взаємодію, налагодження сімейної системи і допомогу в сприйнятті нової інформації. Усе це дає змогу батькам краще адаптуватися до ситуації, що виникла, і надавати відповідний догляд своїй дитині. Для того, щоб Центр супроводу надавав послуги, потрібні такі умови: запит від лікаря та згода родини. Працівники Центру провадять свою діяльність у межах закладу охорони здоров’я орієнтовно протягом 1-6 місяців. Супровід включає в себе виявлення і реагування на поточні проблеми родини, для того, щоб послуги надавалися відповідно до наявних потреб пацієнта та медперсоналу.

Основною групою клієнтів Центру супроводу є діти з тяжким діагнозом з дня його встановлення. У цю групу входять такі категорії, як діти з рідкісними

хворобами, з інвалідністю, недоношені діти, народжені з низькою вагою тіла, діти з онкологічними захворюваннями тощо. Супровід пацієнтів відбувається під час: очікування діагнозу; повідомлення діагнозу; після отримання діагнозу; при зміні стану здоров'я дитини; під час госпіталізації; у ході обстежень і процедур для пацієнта; при спілкуванні з іншими лікарями; при наданні допомоги, що оплачується медичною страховкою або державною сферою; при взаємодії зі службами по догляду тощо. Діти можуть потрапити до Центру різними способами: 1) за направленням лікаря, який відповідальний за дитину; 2) через безпосередні відвідини лікарень соціальними працівниками, де вони відбирають конкретні випадки. Як правило, перший візит до пацієнта відбувається у відділенні лікарні біля ліжка хворого.

Суттєвим чинником при встановленні рапорту є довіра до фахівців з боку родини. Саме з метою збільшення рівня довіри і зменшення тривоги Центр супроводу дитячих лікарень у Чехії має комфортні приміщення, які більш схожі на домашні умови, ніж на лікарняні. Тут пацієнти можуть підготуватися до співпраці, адже почуваються в безпеці та спокої. Також, у Центрі є приміщення, що слугує місцем відпочинку для батьків під час лікування дитини. Оскільки хвороба дитини стає стресовою ситуацією для її родичів, то наявність простору для релаксації є дуже потрібним рішенням для комфортного перебування сім'ї в закладі охорони здоров'я.

У Центрі супроводу надаються такі соціальні послуги, як первинний догляд, соціально-юридичні консультації та медико-соціальні (наприклад, інформування щодо соціальних виплат і пільг). Перед наданням послуги, фахівці Центру проводять оцінку потреб родини, у ході якої відбувається аналіз ситуації родини, їхніх проблем і ресурсів стосовно самостійного догляду за дитиною. Соціальне консультування фахівці можуть проводити або з усією сім'єю, або з окремим її членами.

Соціальні працівники Центру супроводу часто взаємодіють із клінічними психологами лікарні, адже у своїй роботі торкаються теми внутрішніх стосунків у родині. Усі результати консультацій фахівці записують в медичну книжку пацієнта, з якою має змогу ознайомитися лікар. Також, фахівці Центру постійно співпрацюють поза межами лікарень із соціальними працівниками за місцем проживання дитини, працівниками правоохоронних органів та органів правосуддя. Суттєвою частиною роботи Центру є партнерські відносини з різними соціальними інституціями та окремими експертами з надання соціальних послуг. Крім того, соціальні працівники в медичних закладах виконують роль посередника між родинами і благодійними фондами у разі потреби фінансової підтримки пацієнта.

У міждисциплінарні взаємодії соціальні працівники теж виконують функцію посередництва між батьками і лікарями, у тому числі надають родичам додаткову інформацію щодо отриманого діагнозу. Загалом, батьків сприймають як цінних учасників міждисциплінарної взаємодії, адже вони найкраще розуміються на потребах дитини і є найближчим її оточенням, а тому джерелом потрібної інформації для ефективної підтримки дитини.

Науковці Т. Лях, О. Денисюк, М. Лехолетова, А. Дуля переконані, що роль соціального працівника в медичних закладах є надзвичайно суттєвою [12]. Такий спеціаліст позитивно впливає на ефективність надання медичних послуг, запобігає різним соціальним проблемам пацієнта. У співпраці з іншими фахівцями соціальний працівник сприяє підвищенню якості життя хворих у лікарні, надає психосоціальну підтримку та здійснює соціальний супровід пацієнтів і їхніх родин.

В Україні практика налагодженої соціальної роботи в медичних закладах майже відсутня, не зважаючи на актуальну потребу в ній. Більше того, у майбутньому ця потреба буде лише зростати, що пов'язано із теперішньою російсько-українською війною та подальшою відбудовою країни. Тому, українським закладам охорони здоров'я доцільно використовувати досвід

соціальної роботи в медичних установах Чеської республіки для розвитку напряду допомоги дітям, що є пацієнтами лікарень.

У своїй статті дослідники І. Козубовська, Б. Булеза описали досвід медико-соціальної роботи з дітьми із груп ризику у Великій Британії [9]. У регіоні Тейсайд (Tayside) соціальна робота із захисту дітей, що постраждали від насильства, розпочинається з наради між правоохоронними органами, медичними закладами та соціальними службами. У ході обговорення з'ясовується ситуація дитини, враховуючи інформацію від різних спеціалістів. Практичні соціальні працівники проводять свою діяльність у всіх основних лікарнях регіону Тейсайд, а також працюють в багатьох Центрах здоров'я. Спеціальні послуги для родин у СЖО надаються в родинних центрах, де працює міждисциплінарна команда (психологи, медики, соціальні працівники і педагоги). У випадках насильства чи небалого ставлення щодо дитини зазвичай найперше звертаються до лікарів. Крім того, сестринський догляд відіграє не менш суттєву роль у таких випадках, адже медичні сестри часто контактують із пацієнтами на ранніх етапах лікування. Вони беруть активну участь у міждисциплінарній взаємодії під час аналізу випадку та гарантують догляд за дітьми відповідно до їхніх потреб. Медичні сестри мають завдання записувати свої спостереження за дитиною в ході надання допомоги, а тому можуть вчасно виявити негативні випадки проявів із боку батьків. Серед обов'язків медико-соціального персоналу в ситуаціях підозри на вчинення насильства стосовно дитини є: 1) визначити потребу дитини в медичному лікуванні та, при необхідності, вжити відповідні заходи; 2) проаналізувати стан дитини, виявляючи докази вчиненого насильства; 3) у разі підтвердження або підозри нанесення фізичної шкоди дитині влаштувати спільне педіатричне і судове обстеження в присутності поліцейського і соціального працівника; 4) забезпечити постійний моніторинг ситуації дитини, що перебуває в групі ризику. Загалом, працюючи в міждисциплінарній команді члени персоналу з першої медичної допомоги (Primary Health Care Team), лікарі-терапевти і дитячі лікарі мають

виявляти негативну ситуацію в родині і помічати наявні ознаки насильства або недбальства стосовно дитини. У співпраці із соціальними працівниками вони мають велике значення при ранньому виявленні дітей із групи ризику та запобіганню вчинення насильства стосовно неповнолітніх.

У статті К. Кріжік наводиться робота міждисциплінарних команд у сфері надання послуг із психічного здоров'я у громаді [11]. Члени таких команд тісно взаємодіють між собою і мають за мету реагувати на потреби осіб, які проживають у певній громаді. Як приклад подається діяльність міждисциплінарних команд у Великобританії, де в конкретній громаді можуть бути задіяні кілька команд. Кількість клієнтів, з якими працює команда, формується відповідно до віку, оцінки чинників ризику, тривалості захворювання та результатів діагностики. Так, учасниками команди можуть бути від 3-х до 20-ти фахівців загалом. До основного складу команд, зазвичай, належать медичні сестри у сфері психічного здоров'я, фахівці з працевлаштування, соціальні працівники, психологи, психіатри та спеціалісти інших професій.

Науковці R. Alfandari, B. Taylor своїй статті представили результати аналізу 26 досліджень, які стосувалися роботи міждисциплінарних команд із захисту дітей в медичних закладах [31]. Застосувавши методологію систематизованого наративного огляду, дослідники проаналізували праці з 10 різних країн, а саме: США, Ізраїль, Нова Зеландія, Канада, Німеччина, Гонконг, Нідерланди, Швейцарія, Швеція та Японія. Метою дослідження було оцінити ефективність виконання міждисциплінарними командами своїй обов'язків щодо виявлення можливого жорстокого поводження з дітьми. Науковці вивчали вплив різноманітних чинників на практику прийняття рішень командою в лікарнях щодо випадків жорстокого поводження з дітьми. Показово, що в усіх досліджуваних медичних закладах завдання з прийняття зазначених рішень покладалося на міждисциплінарну команду фахівців. Однак аналіз показав суттєву різницю в

моделях структури команди, процедурах й організації робочого процесу, а також інструментах, що використовувалися у практиці.

Вивчаючи практику захисту дітей в лікарнях, дослідники R. Alfandari, B. Taylor виявили, що за останні 60 років медичні заклади у різних країнах втілювали міждисциплінарні робочі моделі задля покращення процесу прийняття рішень щодо випадків жорстокого поводження з дітьми [31]. Цей підхід реалізувався як через впровадження спеціальних міждисциплінарних консилиумів з розгляду певних випадків (у таких країнах, як Велика Британія, Данія та Ізраїль), так і через розроблення стандартизованих рекомендацій щодо дій працівників лікарні (як в Австралії). Загалом, інституційні міждисциплінарні команди (також під назвою “команди захисту дітей”) наявні по всьому світу, як-от в: Бразилії, Канаді, Гонконгу, Ізраїлі, Новій Зеландії, Швейцарії, Туреччині та США. Зазвичай у таку команду входять такі постійні учасники, як педіатри або терапевти, медичні сестри та соціальні працівники. Автори зазначеної вище статті, аналізуючи результати досліджень, дійшли до висновку, що загалом міждисциплінарні команди були ефективними під час виявлення випадків жорстокого поводження з дітьми.

Міждисциплінарна співпраця під час регування на випадки жорстокого поводження з дітьми є поширеною практикою за кордоном. Однак у різних країнах міждисциплінарні команди створюються та розвиваються поступово [46]. Так, в університетській лікарні в Анкарі (Туреччина) до 2001 року не існувало структурованого міждисциплінарного підходу, а також не було офіційної системи відстеження випадків жорстокого поводження з дітьми. Тому керівництво організувало створення міждисциплінарної команди через об'єднання трьох спеціальностей: соціальної педіатрії, судової медицини та дитячої психіатрії. Згодом команда збільшилася завдяки долученню дитячої хірургії, підліткової та дорослої психіатрії, соціальної роботи, психології та медсестринства. Учасники розробили для персоналу лікарні навчальну програму з розпізнавання випадків жорстокого поводження з дітьми, а потім створили лікарняні рекомендації щодо

лікування і консультування дітей із цієї групи. Навчання відбулося без відриву від роботи персоналу для різних відділень лікарні з метою підвищення обізнаності про реагування команди у разі підозри на жорстоке поводження з дітьми.

Приклад міждисциплінарної співпраці у сфері допомоги дітям, які зазнали жорстокого поводження, висвітлений і в статті К. Balsley з колегами [34]. Так, було описано досвід у межах Дитячої лікарні ім. Лур'є в Чикаго, коли у 2018 році керівництво прийняло рішення розробити стандартизований підхід до надання допомоги дітям, щодо яких є підозра на фізичне насильство. Учасниками проєктної групи стали фахівці різних галузей, як-от лікарі відділення невідкладної допомоги, медичні сестри, соціальні працівники та інші. Для створення рекомендацій і внесення змін було застосовано серію методів дослідження, а саме: 1) оцінка бар'єрів (передбачала проведення індивідуальних інтерв'ю з працівниками лікарні та головними зацікавленими сторонами); 2) сесії зворотного зв'язку з родиною (для отримання досвіду і відгуків). Дослідження виявило такі проблеми у міждисциплінарній взаємодії, як плутанина між ролями і функціями фахівців, відсутність підтримки для родин з боку спеціалістів після завершення психосоціальної оцінки, недостатнє обґрунтування подальших кроків команди. Внаслідок проєкту було розроблено чітку інструкцію з прийняття рішень у випадках підозри на насильницькі дії стосовно дітей. Керівництво з реагування дало змогу зосередити увагу на: 1) очікуваннях родини від психосоціальної підтримки; 2) налагодженні комунікації між відповідними фахівцями в межах команди з реагування; 3) організації “командних” точок дотику, а саме спільних сесій, на яких обговорюються і приймаються рішення; 4) чітко визначених ролях і обов'язках протягом усього процесу супроводу родини в лікарні.

Ще одним випадком впровадження діяльності міждисциплінарних команд задля покращення практики охорони здоров'я є робота команд у межах програми педіатричної паліативної допомоги у лікарнях США [44]. Спеціально підготовлені клінічні команди працюють шляхом надання висококваліфікованого

безпосереднього догляду за пацієнтами. Серед завдань команди: створення сприятливого середовища, орієнтованого на клієнта; залучення родини до лікування; налагодження партнерської взаємодії між усіма працівниками, які беруть участь у догляді за пацієнтом. Основними членами міждисциплінарної команди у програмах педіатричної паліативної допомоги є лікар, молодша і старша медична сестра, соціальний працівник і капелан.

В Україні робота мультидисциплінарних команд у медико-соціальній сфері представлена, зокрема, на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні (далі – НДСЛ) “Охматдит”, яка є найбільшою дитячою лікарнею в Україні та багатoproфільним діагностично-лікувальним закладом, що надає спеціалізовану висококваліфіковану медичну допомогу дітям. Для вчасного встановлення діагнозу та ефективного лікування хворих застосовується мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів. У лікарні активно працюють мультидисциплінарні групи фахівців, які займаються комплексною діагностикою й лікуванням, адже лише така модель забезпечує високий результат. У НДСЛ “Охматдит” створений єдиний в Україні Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги дітям (далі - Центр), який забезпечує психологічне і соціальне консультування й супровід пацієнтів з різною патологією, а також проводить навчально-виховну роботу у відділеннях лікарні. Центр був створений у 2008 році з метою надання комплексної медико-соціальної допомоги дітям [2].

Психологічний супровід дитини та її родини є суттєвою частиною мультидисциплінарної взаємодії при наданні комплексної медико-соціальної допомоги. Це зумовлюється потребою в підтримці як пацієнта, так і його родичів під час проходження лікування, адже хвороба спричиняє значний стрес, сприяє виникненню страхів та негативного досвіду в лікарні. Серед інших проблем, що можуть виникати при перебуванні дитини із сім'єю в лікарні, є інтенсивні переживання батьків стосовно здоров'я дитини, порушення родинних, дитячо-батьківських стосунків тощо. Сукупність цих чинників негативно позначається на

ефективності лікування дитини, тому кваліфікований супровід різних фахівців є необхідним складником надання допомоги в лікарні. У штаті Центру наявні медичні та практичні психологи, психіатри, логопеди і фахівці із соціальної роботи. Працівники супроводжують усі відділення багатопрофільної дитячої лікарні.

Центр при НДСЛ “Охматдит” впроваджує таку діяльність: 1) психопрофілактичну, психодіагностичну, консультативну і психотерапевтичну допомогу родинам із дітьми і підлітками, що перебувають на обстеженні, лікуванні та реабілітації у профільних відділеннях лікарні; 2) профілактику та подолання “синдрому госпіталізації”, посттравматичного стресу, здійснює психологічну підготовку до анестезії, оперативних втручань й інших маніпуляцій; 3) допомагає адаптуватися дітям та батькам до лікувально-діагностичного процесу; 4) здійснює соціально-реабілітаційну роботу стосовно повноцінного повернення дитини до активного життя; 5) проводить психотерапію суїцидальної поведінки дітей та підлітків, роботу із сімейною системою; 6) забезпечує навчально-виховний процес дітям, що тривало лікуються у стаціонарних відділеннях; 7) надає юридичну та соціальну допомогу дітям і підліткам, а також їхнім батькам з питань соціального захисту, оформлення пільг, інвалідності, у тому числі особам, що зазнали недбалого ставлення чи насильства; 8) надає психологічну допомогу батькам, зокрема тим, які перебувають у “стані горя”, а також психологічну підтримку в стадії “горювання” [2].

У своїй роботі працівники Центру застосовують мультидисциплінарний підхід до взаємодії при наданні допомоги різним групам пацієнтів. Наприклад, така співпраця наочно простежується при роботі з дітьми із щелепно-лицевою патологією, яка спричиняє значний стрес для батьків [2]. Крім того, це захворювання впливає на самооцінку дитини, створює проблеми у спілкуванні з іншими та соціалізації, погіршує її мовлення. Ці чинники створюють, крім суто медичних, комплекс соціально-психологічних проблем. Саме тому у роботі з такими пацієнтами виникає необхідність застосування мультидисциплінарного

підходу до соціальної реабілітації із залученням хірургів-ортодонтів, логопедів, психоневрологів, психологів та соціальних працівників. Загалом, медико-соціальна допомога дітям в НДСЛ “Охматдит” завдяки комплексному підходу сприяє ранній реабілітації, профілактиці ускладнень, психотерапії, психологічній реабілітації тяжкохворих дітей та їхній родин, покращенню якості життя пацієнтів та повноцінному поверненню до активного включенні і навчання дітей у соціумі.

У своїй роботі працівники Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги дітям послуговуються, найперше, посадовою інструкцією фахівця. Серед завдань й обов’язків, наведених у посадовій інструкції фахівця із соціальної роботи, є постійна співпраця з лікарями-спеціалістами лікарні. Це передбачає мультидисциплінарну взаємодію з медичними працівниками лікарні з метою забезпечення найкращих інтересів дитини. Також, при наданні допомоги спеціалісти лікарні спираються на низку документів: як внутрішніх наказів і розпоряджень, так і зовнішніх законодавчих актів. Так, наказ №197 НДСЛ “Охматдит” МОЗ України від 26.09.2019 р. “Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих дітей від домашнього насильства або дітей, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм допомоги” прописує алгоритм дій працівників лікарні у випадку насильства стосовно дитини. У наказі прописаний порядок взаємодії фахівців між собою, зокрема щодо інформування лікарем соціального працівника про виявлення дітей, постраждалих від домашнього насильства. Ще одним внутрішнім документом, який втілюється через міждисциплінарну взаємодію в лікарні, є наказ №36 НДСЛ “Охматдит” МОЗ України від 26.02.2019 р. “Про упорядкування роботи комісії для встановлення віку дитини, яка залишилася без піклування батьків та потребує соціального захисту”. Згаданий наказ затверджує комісію, члени якої є завідувачами різнопрофільних відділень лікарні та лікарями окремих спеціалізацій, які об’єднуються задля встановлення віку дитини. Загалом, лікарі та соціальні працівники тісно

співпрацюють один з одним при наданні допомоги пацієнтам НДСЛ “Охматдит”. Співпраця найчастіше полягає в інформуванні лікарями фахівців із соціальної роботи щодо виявлених родин у СЖО або дітей, стосовно яких батьки проявляють недбале виконання своїх обов’язків. Соціальні працівники найчастіше реагують саме на запит лікаря, надаючи консультації пацієнтам і членам їхніх родин. Також, інформація про особи із вразливих груп може отримуватися від психологів, які безпосередньо взаємодіють із родиною в лікарні. Водночас відбувається інформування і у зворотному напрямку, коли після візиту родини фахівці із соціальної роботи надсилають запит на консультацію психолога або психіатра для пацієнта. Крім того, соціальні працівники постійно тримають контакт із лікарем пацієнта, передаючи дані про поточну соціальну ситуацію та результати консультування.

Окрім того, мультидисциплінарна взаємодія в лікарнях проявляється через проведення у разі потреби консилиумів стосовно конкретної дитини. На консилиум запрошуються батьки, профільні лікарі, психологи, соціальні працівники та інші фахівці, з огляду на ситуацію. Під час спільних зустрічей розглядаються поточні питання стосовно дітей, що перебувають на лікуванні в НДСЛ “Охматдит”, з подальшим затвердженням рішень на консилиумі. Такий спосіб організації надання допомоги залучає всіх дотичних спеціалістів і враховує їхні погляди щодо проблем, з якими зіштовхуються пацієнти лікарні.

Ще однією формою взаємодії в межах НДСЛ “Охматдит” є наради мультидисциплінарних команд у профільних відділеннях та осередках. Так, керівник згаданого Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги пацієнтам організовує щотижневі наради для працівників задля спільного обговорення нагальних робочих проблем. Під час нарад піднімаються питання надання допомоги пацієнтам із різних відділень, звітується робота за минулий тиждень. Такі наради дають змогу обговорити ситуацію пацієнта, враховуючи погляди фахівців різних профілів, що сприяє цілісному вирішенню

наявних проблем. Узгодженість дій спеціалістів Центру забезпечується через спільне обговорення завдань і обов'язків кожного на нараді.

Таким чином, ми бачимо, що і в закордонних, і в українських медичних закладах є усвідомлення необхідності співпраці різних фахівців задля підвищення якості надання послуг пацієнтам.

1.3 Основні компоненти забезпечення ефективності міждисциплінарної взаємодії в системі охорони здоров'я.

Ефективна допомога у сфері охорони здоров'я на засадах міждисциплінарного підходу може охоплювати різні компоненти. Аналіз наукових досліджень дав змогу визначити наявність відмінних підходів до систематизації складників міждисциплінарної взаємодії.

Так, вітчизняні дослідники І. Клименко, О. Толстанов виокремлюють наступні компоненти: 1) мета і цілі; 2) ролі учасників команди; 3) процеси у команді; 4) відносини у команді; 5) міжкомандні відносини; 6) вирішення проблем; 7) ентузіазм і відданість; 8) навички й навчання [7]. Значущість спільної мети обумовлюється тим, що за її наявності учасники відчуватимуть певну відданість організації, зможуть ідентифікувати себе із командою. Компонент, що стосується ролі учасників, важливий, адже від того, наскільки члени команди чітко розуміють власні обов'язки та обов'язки інших, залежить налагодженість їхньої співпраці. Зазначені складники більшою мірою відображають діяльність і функціонування міждисциплінарної команди.

У публікації ВООЗ 2012 року представлена модель ефективної міждисциплінарної команди, у яку входить 6 основних компонентів: 1) спільна мета (чітко визначена, яка включає спільні інтереси й демонструє групову відповідальність); 2) вимірювані цілі (зосереджені на завданнях групи); 3) ефективне лідерство (необхідне для управління конфліктами, підтримки й організації); 4) ефективна комунікація (швидкий та регулярний обмін інформацією,

аналіз діяльності); 5) згуртованість (відданість роботі й бажання працювати разом надалі); 6) взаємоповага (повага до переконань інших, прийняття та заохочення різноманітності думок) [38].

Ще одна система компонентів ефективної команди у медико-соціальній сфері представлена науковцями Р. Mitchell з колегами [37]. Вони виокремили 6 блоків, а саме спільні цілі, чіткі ролі, взаємна довіра та повага, ефективна комунікація, вимірювані процеси та результати, лідерство. Перший складник передбачає формулювання спільної та чіткої мети, яка враховує групові інтереси і спільну відповідальність. Другий компонент демонструє зрозумілі ролі та обов'язки кожного учасника команди, що дає змогу оптимізувати ефективність команди й скористатися розподілом праці. Третій блок стосується поваги учасників один до одного, заохочення та прийняття різноманіття думок серед членів команди. Наступний складник є вирішальним, бо описує комунікативні навички, необхідні для успіху команди. Команда повинна мати послідовні та доступні канали для повноцінної комунікації, які використовують усі члени в різних ситуаціях. П'ятий блок передбачає, що команда має узгодити та запровадити надійну і своєчасну систему зворотного зв'язку, яка стосуватиметься успіхів і невдач. Це необхідно для відстеження результатів та розроблення стратегій на майбутнє. Останній компонент описує важливість ефективного керівництва, яке би сприяло, наставляло та координувало інших учасників команди.

Порівнюючи описані підходи до систематизації складників ефективної міждисциплінарної команди, можна дійти висновку, що багато хто з дослідників визначають подібні компоненти. Наприклад, у кожній із зазначених моделей зустрічається складник про спільну мету і цілі. Також, повторюються компоненти, що стосуються ролі учасників, ефективної комунікації, лідерства і взаємоповаги.

Також серед складників, зазначених у проаналізованій літературі, виокремлюють принципи і цінності міждисциплінарної взаємодії, та сприятливі чинники й виклики, що впливають на її реалізацію.

Дослідники виокремлюють різні принципи, які лежать в основі ефективної міждисциплінарної взаємодії і сприяють злагодженій роботі команди. Т. Спіріна, Т. Лях, В. Рогожинська розглядають 3 головні принципи, на яких базується діяльність міждисциплінарних команд: “членства (членом групи вважається професіонал, незалежно від того, чи є робота в команді його основною діяльністю); інтеграції (групу складають представники різних професій, чиї знання і професійний досвід покликані допомогти в досягненні єдиної мети); колективної відповідальності (кожен учасник роботи групи професійно і юридично відповідальний за власні та групові рішення)” [23, с. 227].

Окрім принципів, у науковій літературі описано 5 цінностей, притаманних учасникам ефективних міждисциплінарних команд у сфері охорони здоров'я. Серед цінностей наявні: 1) чесність, а саме прозорість щодо цілей, рішень, невизначеності та помилок, що необхідно для налагодження довіри між членами команди; 2) дисципліна (виконання своїх ролей та обов'язків, дотримання стандартів і протоколів); 3) креативність, тобто підхід до вирішення проблем з ентузіазмом і мотивацією, погляд на наявні проблеми як на можливості для навчання і розвитку; 4) скромність, що розглядається як відсутність визнання себе і своєї позиції кращою за інших, прийняття помилок тощо; 5) цікавість (учасники бажають аналізувати свою роботу, використовувати досвід для зростання команди) [37].

Під час створення і підтримки ефективної міждисциплінарної команди у медичній сфері виникає низка викликів, з якими стикаються учасники. Зазначається, що зміна ролей є однією з таких перешкод, адже у багатьох медичних командах відбуваються суттєві зміни й дублювання ролей, що може спричинити труднощі, які стосуються розподілу ролей між учасниками. Також, зміни умов праці є викликом, подолання якого вимагає гнучкість у діяльності команд. Крім того, ієрархія у сфері охорони здоров'я може гальмувати продуктивність команд. Врешті-решт, викликом є індивідуалістичний характер у медичній сфері, адже

багато професій у цій галузі ґрунтуються на автономних стосунках між медпрацівником та пацієнтом [37].

У певних дослідженнях іноземні автори доводять, що міждисциплінарність у контексті медичної галузі – це, скоріше, міф, ніж реальність. Йдеться про те, що в медичних закладах переважає не міждисциплінарний, а монодисциплінарний підхід, за яким соціально-психологічного напрямку фахівці лишаються на периферії, або працюють у ролі консультантів, а не рівноправних партнерів [30].

У 4-х лікарнях м. Торонто (Канада) було впроваджено 155 годин польових спостережень щодо спілкування, рівня залученості й співпраці між представниками різних професій (лікарями, медсестрами, соціальними працівниками, фізіотерапевтами), також було здійснено 20 напівструктурованих інтерв'ю, аналіз документів та внутрішніх протоколів [50]. Дослідники прагнули зрозуміти, як лікарі та інші медичні фахівці реально взаємодіють у клінічних командах із соціальними працівниками, фізіотерапевтами у внутрішніх відділеннях лікарень. Було визнано наявність так званої «культури лікарської автономії» та переважання «внутрішньо-лікарської комунікації», при цьому інші фахівці (наприклад, соціальні працівники) відчують себе «поза процесом». У контексті цього дослідження було зроблено висновок, що коли комунікація між представниками різних напрямів надання послуг у медичному закладі слабка, це призводить до дублювання роботи, помилок у передачі інформації, нижчої задоволеності пацієнтів тощо.

Значна частка викликів пов'язана з помилками під час комунікації, а саме: неправильна подача інформації, брак спілкування, ігнорування механізмів координації та інтеграції [45]. Відомо, що через відсутність ефективної командної комунікації відбуваються 60-70% серйозних конфліктів із пацієнтами [49].

S. Zajac з колегами виокремлює дві групи викликів, притаманних командам у сфері охорони здоров'я: психологічні перешкоди (як-от ієрархія, відмінності у повноваженнях) та організаційні (як-от моделі роботи, склад команди) [49]. Серед

практичних перешкод, які заважають міждисциплінарним командам ефективно працювати, можуть бути розбіжності у рівнях підготовки, цінностях, підходах до вирішення труднощів тощо. До викликів у роботі команди зазначені автори додають відсутність чітких очікувань та ролей, брак навчання, високий рівень робочого навантаження та часовий тиск. Врешті-решт, характеристики учасників команди та їхній стиль комунікації можуть провокувати додаткові перешкоди для ефективної діяльності команди.

Було визначено, що надмірне навантаження, відсутність лідерства та недостатня кількість часу, виділена на міждисциплінарну взаємодію, є чинниками, що призводять до погіршення функціонування команди. Також, команди, які не приймають різноманітність думок, наражаються на небезпеку “групового мислення”, коли відмінності в поглядах наявні, однак не виражаються відкрито. Це, у свою чергу, може призвести до прийняття неефективних рішень командою [47]. До зазначених викликів можна додати вміння вирішувати непорозуміння або конфлікти у групі, адже це є визначним чинником для ефективного функціонування команди, та нестабільність команд [7].

Розглядаючи процес співпраці у команді лікарів та соціальних працівників, можна побачити в науковій літературі описані виклики, з якими стикаються представники цих двох професій. Так, часто на заваді успішної взаємодії стають суттєві відмінності в ролях, владі та статусі фахівців. Також перешкодою для співпраці є різні очікування від діяльності соціальних працівників, які бачать свою роль у міждисциплінарній команді ширше, ніж їм відводять лікарі [29].

Загалом, найбільш негативними чинниками, що впливають на реалізацію потенціалу міждисциплінарної команди, є погане укомплектування штату й брак взаємодії в групі [42].

Дослідники W. Ambrose-Miller, R. Ashcroft описують ряд чинників, об'єднаних у 6 блоків, які можуть як перешкоджати, так і сприяти міждисциплінарній співпраці [32]. Виокремлені такі блоки: культура,

самоідентичність, роз'яснення ролей, прийняття рішень, комунікація і динаміка влади. Для успішної співпраці насамперед важлива корпоративна культура, яка підтримує, цінує і заохочує спільну роботу. Культура в організації формується через ставлення, переконання учасників команди, виховання та лідерство. Другий блок, самоідентичність, розглядається як усвідомлення власного внеску у роботу команди. Коли у фахівців наявне таке розуміння, збільшується мотивація та відповідальність за спільну діяльність. Також для ефективної взаємодії необхідно розуміти ролі й обов'язки інших членів команди, вчитися один в одного. Суттєвим є чіткий розподіл ролей для оптимальної роботи команди. Крім того, визначено, що сприятливими чинниками для міждисциплінарної співпраці є спільний метод прийняття рішень та ефективне спілкування. Останній чинник є надзвичайно важливим, адже від нього залежать усі процеси в команді та взаєморозуміння між учасниками. Шостий блок стосується динаміки влади та рівності у ставленні колег, що може позитивно впливати на ефективність взаємодії.

Автори ще одного дослідження прагнули зрозуміти, як різні системи первинної медичної допомоги в трьох країнах (Австралія, Канада та США) впроваджують інновації у міжпрофесійну командну роботу, а саме: які моделі міжпрофесійної співпраці реально працюють; які чинники сприяють або перешкоджають ефективній інтеграції команд у первинній ланці охорони здоров'я [41]. Для досягнення цієї мети було впроваджено 5 напівструктурованих інтерв'ю з фахівцями (лікарями, медсестрами, соціальними працівниками, менеджерами клінік) та застосовано тематичний аналіз для виявлення ключових принципів організації міжпрофесійної роботи.

Окремо було підкреслено, що соціальні працівники й психологи – це «мости» між медициною та соціальною допомогою; інтеграція їх у спільну діяльність надання комплексних послуг покращує задоволеність пацієнтів. Основні висновки дослідження: 1) міжпрофесійна співпраця не виникає спонтанно, тому її потрібно цілеспрямовано підтримувати політикою, фінансуванням і освітніми реформами;

2) ефективна команда передбачає наявність спільних цілей, взаємної довіри та системної підтримки; 3) інтеграція соціальних і психологічних аспектів у первинну допомогу суттєво покращує результати лікування; 4) моделі, орієнтовані на пацієнта є найуспішнішими для сталого командного підходу.

Було виявлено, що коучинг має значний вплив на ефективність міждисциплінарних команд у сфері охорони здоров'я, адже він сприяє постійному розвитку та навчанню учасників взаємодії [49]. Зазвичай коучинг входить до обов'язків керівництва і є суттєвим чинником у спрямуванні зусиль на розвиток інших. Коучинг дає змогу ефективно досягати цілей у команді, зберігати стійкість і моральний дух. Загалом, формальні і неформальні можливості міждисциплінарної освіти є успішними способами зміцнення взаємодії між учасниками [32].

Особисті і командні навички є одними із чинників, що можуть сприяти ефективній командній взаємодії [47]. Серед таких командних навичок є управління конфліктами в команді, яке залежить від ефективності комунікації і відіграє важливу роль у співпраці. Успішне вирішення конфліктів супроводжується активним і відкритим обговоренням непорозумінь, рішучим обстоюванням власних поглядів, водночас, у приємній та невимушеній обстановці [49]. Ще однією навичкою є рефлексія в команді, адже за умов постійних змін у сфері охорони здоров'я вона є необхідною. Визначено, що успішні команди зосереджували свою увагу на зборі та перегляді інформації, обговоренні командою те, що сталося напередодні, рефлексії, аналізі помилок задля покращення діяльності в майбутньому [49].

Керівництво відіграє важливу роль у забезпеченні рівності між учасниками взаємодії та може сприяти кращому прийняттю рішень у команді. Визначальними характеристиками ефективного керівництва є наявність “м'яких” навичок, як-от комунікації, та досвіду роботи у сфері охорони здоров'я [47]. Ротаційне лідерство, а саме чергування керівників на засіданнях, вважається дуже ефективним для

поліпшення командної роботи, підняття морального духу команди, а також зменшення міжпрофесійних конфліктів.

Науковці R. Alfandari, B. Taylor представили згруповані підходи та методи, які використовували лікарні для підвищення якості процесу прийняття рішень командою різних фахівців [31]. Серед таких сприятливих чинників є: включення функцій команд в нормативні акти; надання відповідних ресурсів для створення сприятливих умов праці; використання структурованих інструментів та протоколів у роботі; покращення комунікації (як між членами команди, так і перенаправлення до команди від інших працівників лікарні); доступність зовнішніх консультацій з іншими фахівцями та службами; організація спільних зустрічей для обговорення та прийняття рішень; внутрішні тренінги з питань міждисциплінарного підходу; регулярне оцінювання та аналіз якості роботи команд. Отже, надані авторами статті рекомендації щодо підвищення ефективності роботи міждисциплінарних команд містили використання розроблених робочих інструкцій, які можна було б адаптувати до різних умов, надання командам відповідної організаційної підтримки (включно з навчанням навичок міждисциплінарної співпраці) та регулярний моніторинг й оцінювання практики.

Ключовим сприятливим чинником для міждисциплінарної співпраці є організаційна підтримка, яка може значно підсилювати потенціал команди. Політика організації та норми, що сприяють командній роботі, достойна винагорода, все це дає змогу команді відчувати власну цінність [49].

Для підтримки міждисциплінарної взаємодії важливим також є визнання досвіду колег і позитивне спілкування на засадах взаємоповаги [12]. Під час спілкування команди має панувати психологічна безпека, щоб учасники взаємодії мали змогу відкрито висловлювати свою думку та поважати погляди колег [49].

Додатково, серед сприятливих чинників міждисциплінарної співпраці варто зазначити спільне розміщення членів команди [32]. Спільне розміщення передбачає, що різні спеціалісти працюють в одному організаційному просторі,

приміщенні. Це дає змогу покращити і пришвидшити комунікацію всередині команди, що впливає на її ефективність.

Уявлення зарубіжних колег щодо вдосконалення дієвої міждисциплінарної співпраці – змінити академічну культуру від домінування медичного контенту до справжнього діалогу між представниками різних дисциплін, адже міждисциплінарність має бути не гаслом, а «методологічною реальністю» — з інтегрованими теоріями, методами та цілями [30]. Плідними також можна вважати такі ідеї, як створення спільного простору для комунікації, що дасть змогу інтегрувати соціальних працівників, психологів та інших у процес прийняття клінічних рішень [50]; розроблення та впровадження програм спільного навчання студентів-медиків, медсестер і соціальних працівників [41].

Як видно з аналізу літератури, багато сприятливих чинників повторюються у різних авторів. Так, дослідники сходяться на думці щодо значимості: організаційної підтримки; одного лідера в команді, який сприяв би співпраці; ефективного спілкування, адже це універсальний аспект взаємодії для всіх фахівців; усвідомлення власної ролі та обов'язків інших членів; вміння вирішувати конфлікти екологічно; психологічної безпеки і взаємоповаги в команді; вміння розвиватися і рефлексувати.

Підбиваючи підсумки, у підрозділі було описано основні компоненти, виклики та сприятливі чинники міждисциплінарної співпраці у галузі охорони здоров'я. Визначено, що існують різні підходи до систематизації ключових компонентів, однак більшість дослідників зупиняються на таких, як: спільна мета, чітко прописані ролі, ефективне лідерство, комунікація та взаємоповага. Принципи і цінності командної роботи є також складниками міждисциплінарної взаємодії. Окрім того, наявні певні виклики, з якими зіштовхуються учасники співпраці і які перешкоджають ефективності роботи команди. Серед них: ієрархія, індивідуалістичний характер професій, комунікативні перешкоди, високе робоче навантаження тощо. Водночас у літературі зазначені сприятливі чинники, як-от

організаційна підтримка, ефективне лідерство і спілкування, наявність особистих і командних навичок, коучинг, спільне розміщення тощо.

Висновки до першого розділу

Проаналізовані вітчизняні та зарубіжні джерела щодо значення міждисциплінарної взаємодії у медико-соціальній сфері дали змогу розкрити сутність поняття «міждисциплінарна співпраця», що є пролонгованою взаємодією різних за спеціальностями фахівців, об'єднаних спільними цілями, що, передусім, пов'язано з веденням випадку. Наявні різні форми міждисциплінарної взаємодії, як-от: команда фахівців, засідання спеціалістів соціальної сфери, спільні робочі наради, тренінги, семінари та ін.

З'ясовано, що міждисциплінарна співпраця є не лише організаційним механізмом, але і основою для побудови ефективної моделі медико-соціальної підтримки. Наслідком такої підтримки може стати не тільки покращення стану здоров'я осіб з фізичною чи психічною патологією, але й подолання соціальної дезадаптації та підвищення якості їхнього життя. Конкретизовано, що соціальні працівники у медичних закладах мають постійно взаємодіяти з іншими фахівцями психологічного, педагогічного, соціального та юридичного спрямування, залучити всі можливі дотичні до ситуації пацієнтів ресурси.

Проаналізовано сучасні міжнародні й вітчизняні практики надання послуг у медико-соціальній сфері у форматі міждисциплінарної співпраці; визначено тенденцію, що прийняття рішень з надання комплексних послуг покладається на міждисциплінарну команду фахівців. Представлено нормативно-правові підстави та досвід надання комплексної медико-соціальної допомоги українського багатопрофільного діагностично-лікувального закладу «Охматдит».

У підрозділі було визначено основні компоненти міждисциплінарної взаємодії, серед яких: спільна мета, чітко прописані ролі, ефективне лідерство, комунікація та взаємоповага, принципи й цінності командної роботи. Узагальнено

можливі виклики щодо такої співпраці: дублювання ролей, автономність стосунків між медичним працівником і пацієнтом, недоліки внутрішньої комунікації та координації, брак уміння вирішувати конфлікти та ін. Водночас, за дослідженнями зарубіжних та вітчизняних науковців виявлено сприятливі чинники міждисциплінарної співпраці, а саме: організаційна підтримка, ефективне лідерство і спілкування, наявність особистих і командних навичок, коучинг, використання структурованих протоколів у роботі, моніторинг ефективності співпраці тощо.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В НДСЛ «ОХМАТДИТ»

2.1. Методологія оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам НДСЛ «Охматдит».

У дитячих медичних закладах пацієнти зазвичай потребують не лише лікування та обстеження, а й супроводу логопеда, психолога або соціального працівника. Міждисциплінарна взаємодія грає значну роль в організації допомоги сім'ям, які користуються послугами закладу охорони здоров'я. Окрім організації такої взаємодії, важливим аспектом лишається налагодженість її роботи. Проблема визначення ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медико-соціальної підтримки пацієнтам залишається недостатньо дослідженою в контексті української системи охорони здоров'я. Більшість наукових праць сфокусована на загальних особливостях міждисциплінарного підходу й не обґрунтовує конкретні методи оцінювання співпраці фахівців. Існує потреба в оцінюванні ефективності взаємодії різнопрофільних фахівців, адже від того, наскільки скоординованою буде робота спеціалістів між собою в дитячій лікарні, залежить рівень задоволеності медичною допомогою і рівень добробуту пацієнтів загалом.

Мета емпіричного дослідження – методологічно обґрунтувати і провести оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії під час медико-соціальної підтримки пацієнтів НДСЛ «Охматдит» та представити рекомендації задля покращення співпраці в медичному закладі.

Під ефективністю міждисциплінарної взаємодії в ході дослідження розумілося здатність команди фахівців досягати такого рівня співпраці, який забезпечує якісне надання медико-соціальної підтримки. Критеріями ефективності були визначені наступні:

- злагодженість діяльності фахівців між собою;
- координація роботи спеціалістів у медико-соціальній сфері;

- задоволеність учасників команди процесом і результатами взаємодії;
- результативність спільної діяльності фахівців;
- оптимальна комунікація членів всередині команди.

Було визначено такі дослідницькі питання:

- 1) Що із себе являє міждисциплінарна взаємодія?
- 2) Які бар'єри виникають у процесі міждисциплінарної співпраці в НДСЛ «Охматдит»?
- 3) Які чинники сприяють ефективній взаємодії між працівниками в НДСЛ «Охматдит»?
- 4) Як учасники міждисциплінарної взаємодії оцінюють ефективність співпраці між фахівцями в НДСЛ «Охматдит»?

Відповідно до дослідницьких питань було визначено завдання емпіричного дослідження, а саме:

- 1) Охарактеризувати способи взаємодії членів міждисциплінарної команди;
- 2) Охарактеризувати основні проблеми у процесі взаємодії між фахівцями різних галузей;
- 3) Встановити чинники, що сприяють ефективній міждисциплінарній співпраці;
- 4) Визначити наявність ознак злагодженості та координації у роботі міждисциплінарної команди.

Дослідження носило якісний характер та спиралося на методологію, що базувалася на дизайні ключових інформаторів, адже нас цікавили глибокі знання від людей, які беруть безпосередню участь у міждисциплінарній взаємодії в НДСЛ «Охматдит». Завдяки обраному дизайну була змога дослідити унікальний досвід учасників команди, отримати цінну інформацію про роботу зсередини. Методом дослідження було глибинне інтерв'ю, оскільки воно дає змогу отримати розгорнуті відповіді та проаналізувати досвід респондентів щодо участі в міждисциплінарній взаємодії в НДСЛ «Охматдит».

Характеристика та спосіб формування вибірки. Для оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії було вибрано таку досліджувану групу, як фахівці різних профілів, що працюють в Національній дитячій спеціалізованій лікарні “Охматдит”, а саме психологи, логопеди, лікарі та соціальні працівники. Вибірка у дослідженні була цілеспрямованою зі стратегією максимальних варіацій для того, щоб охопити різні професійні погляди на міждисциплінарну взаємодію у закладі. Вибір досліджуваної групи зумовлений критерієм участі у процесі міждисциплінарної взаємодії, наявністю досвіду такої співпраці, враховувався профіль працівників. Усього було задіяно 11 учасників, по 2-3 особи з кожної галузі. Усі опитані були жінками. Характеристика респондентів зазначена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика респондентів

Спеціальність	Досвід роботи
Клінічний психолог	18 років
Клінічний психолог	16 років
Лікар-психолог	12 років
Фахівець із соціальної роботи	8 місяців
Фахівець із соціальної роботи	2 роки
Лікар-інфекціоніст дитячий	9 років
Дитячий анестезіолог	28 років
Лікар-педіатр, лікар-нефролог	8 років
Логопед	3 роки
Логопед	28 років
Логопед	5 років

Для дослідження ефективності міждисциплінарної співпраці в НДСЛ “Охматдит” було проведено 11 глибинних інтерв’ю: по 3 інтерв’ю з лікарями, логопедами та психологами, та 2 інтерв’ю з фахівцями із соціальної роботи. Такий розподіл зумовлений наявною кількістю працівників у штаті лікарні.

Інструментом дослідження був гайд глибинного інтерв'ю (додаток А), розроблений для цього дослідження. Гайд був логічно поділений на 4 блоки:

- 1) розуміння сутності і можливостей міждисциплінарної взаємодії;
- 2) виклики міждисциплінарної взаємодії;
- 3) чинники ефективної співпраці;
- 4) самооцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії.

Такий поділ на блоки зумовлений матеріалом, викладеним у теоретичній частині, який дав змогу згрупувати питання, необхідні для оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії. У кожному боці були основні питання, які задавалися всім учасникам, та додаткові, які застосовувалися у разі потреби уточнити основні питання. Обрані блоки відповідали окресленим завданням дослідження. Так, перший блок мав на меті з'ясувати, як респонденти розуміють поняття “міждисциплінарна взаємодія”, і які можливості вони вбачають для себе і пацієнтів в цьому процесі. Від відповідей респондентів на питання другого блоку очікувалося почути про виклики і труднощі, з якими вони стикаються. Третій блок характеризувався питаннями про умови, необхідні для створення і функціонування ефективної команди. Останній і найважливіший блок стосувався самооцінювання ефективності міждисциплінарної співпраці. Тут питання уточнювали про те, як самі учасники аналізують свою роботу та її результативність.

Емпіричне дослідження проводилося впродовж липня 2025 року - вересня 2025 року в місті Києві на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні “Охматдит”.

Робота відбувалася у три етапи: підготовчий, основний та заключний. Перший етап включав у себе організаційну підготовку до дослідження. Другий етап, основний, передбачав проведення глибинних інтерв'ю з учасниками. Заключний етап стосувався опрацювання отриманих даних та результатів дослідження.

Для розробки гайду інтерв'ю була використана таблиця індикаторів міждисциплінарної взаємодії (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Індикатори міждисциплінарної взаємодії

Блок питань	Індикатор	Діагностична одиниця дослідження
Розуміння сутності і можливостей міждисциплінарної команди	Наявність знань про міждисциплінарну взаємодію	Що для Вас означає поняття “міждисциплінарна взаємодія”?
	Наявність досвіду роботи у міждисциплінарній команді	З якими фахівцями Ви зазвичай працюєте в міждисциплінарній команді? Як саме проявляється така співпраця?
	Можливість обмінюватися знаннями і досвідом	Які можливості дає міждисциплінарна взаємодія як для фахівців, так і для пацієнтів, на Вашу думку (наприклад, обмін знаннями, досвідом, комплексність у допомозі)?
	Можливість надавати комплексну допомогу	
Виклики міждисциплінарної взаємодії	Наявність конфліктів і непорозумінь у команді	Які труднощі у Вас виникають під час міждисциплінарної взаємодії? Які найчастіші причини непорозумінь або конфліктів у команді? Як вони вирішуються?
	Відсутність знань про сфери відповідальності інших членів команди	Якщо виникала потреба вирішити якесь питання, чи завжди Ви були впевнені, до кого звернутися із членів міждисциплінарної команди? Чому? Чи були такі випадки, коли інші учасники команди неправильно розуміли Ваші обов’язки і чекали від Вас того, що не входить у Вашу компетенцію? Розкажіть про одини такий випадок.
	Неузгодженість дій, дублювання ролей	Розкажіть, будь ласка, про ситуацію (якщо вона була), коли дії членів команди були неузгоджені. Як це проявлялося (наприклад, дублювання ролей, невчасне надання інформації)?
	Невчасний обмін інформацією між учасниками міждисциплінарної команди	
	Брак довіри для відкритого обговорення проблем в команді	Чи можете Ви відкрито обговорювати з колегами проблеми, які виникають під час роботи в команді? Чому?
Чинники ефективної міждисциплінарної взаємодії	Наявність спільного керівника/координатора	Чи є у міждисциплінарної команди, в якій Ви працюєте, спільний керівник або координатор? Як це позначається на роботі команди?

	Наявність спільної мети в міждисциплінарної команди	Чи є в команді, до якої Ви причетні, спільна мета? Як це впливає на міждисциплінарну взаємодію?
	Прийнятий алгоритм взаємодії	Чи маєте Ви прийняті письмові або усні правила взаємодії (спільні зустрічі, випадки, коли і до кого звертатися, як приймати рішення)? Як це впливає на Вашу роботу?
	Визнання індивідуальних і групових досягнень в команді	Розкажіть, будь ласка, як визнаються у команді Ваші або групові досягнення?
	Регулярне оцінювання та аналіз якості роботи команди	На Вашому досвіді, чи проводяться у міждисциплінарній команді регулярне оцінювання та аналіз якості виконаної роботи? Чому?
Самооцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії	Задоволеність учасників взаємодії результатами співпраці між собою	На Вашу думку, наскільки ефективною є міждисциплінарна взаємодія, в якій Ви берете участь? Чому?
	Зменшення професійного вигорання	Як міждисциплінарна взаємодія впливає на Ваше навантаження на роботі?
	Наявність бажання надалі працювати в команді	Чи є у Вас бажання надалі працювати в міждисциплінарній команді? Чому?
	Наявність відчуття приналежності до команди	Чи відчуваєте Ви себе частиною міждисциплінарної команди, в якій працюєте? Чому?

Етичні засади дослідження. При проведенні дослідження був збережений принцип конфіденційності для респондентів. Участь у дослідженні була повністю добровільною, у респондентів була можливість відмовитися відповідати на будь-яке запитання або зупинити інтерв'ю. Перед проведенням інтерв'ю респонденти дізнавалися про тему дослідження, зміст й умови участі в ньому. Якщо під час інтерв'ю дослідниці ставала відомою особиста інформація, то згодом вона висвітлювалася лише в узагальненому вигляді, без оприлюднення контактних даних. Перед дослідженням респонденти ознайомлювалися з поінформованою згодою учасника інтерв'ю, що містила, крім іншого, дозвіл на ведення аудіо-запису розмови.

2.2. Результати оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії працівників НДСЛ «Охматдит».

Емпіричне дослідження проводилося впродовж липня 2025 року - вересня 2025 року в місті Києві на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Було проведено 11 глибинних інтерв'ю з учасницями міждисциплінарних команд, а саме логопедами, психологами, лікарями та фахівцями із соціальної роботи. Усі опитані були жінками.

Згідно з даними, отриманими в ході опитування, міждисциплінарна взаємодія в НДСЛ «Охматдит» має свої особливості, починаючи з організації команд фахівців. Так, у лікарні існують багато міждисциплінарних команд, які створюються відповідно до напрямку роботи та групи пацієнтів:

“У нас багато мультидисциплінарних команд. Це не одна команда. Це різні команди, з різних напрямків, в плані направлень. Наприклад, мультидисциплінарна команда дітей з орфанними, рідкісними захворювання [...] Бувають випадки, коли індивідуально вона збирається, ця мультидисциплінарна група, для того, щоб вирішити питання”.

Аналізуючи відповіді першого блоку, який містив у собі питання на розуміння сутності і можливостей міждисциплінарної взаємодії, можна сказати, що більшість респонденток обізнана про те, що означає поняття “міждисциплінарна взаємодія”. Загалом, згідно з відповідями працівників НДСЛ «Охматдит», міждисциплінарна співпраця – це взаємодія спеціалістів, у центрі якої стоїть дитина-пацієнт. Респондентки зазначають:

“[прим.: міждисциплінарна взаємодія –] це якраз коли є пацієнт і біля цього пацієнта об'єднуються лікарі різних направлень, між дисциплінами”

“Це можливість співпраці з фахівцями інших медичних спеціальностей, а також з соціальними працівниками, ну і іншими дотичними спеціалістами в плані дотримання прав дитини, в плані охорони здоров'я і якісної медичної допомоги,

щоб дитина, яка потрапляє у відділення, могла бути повною мірою обстежена відповідно її діагнозам”

“Для мене це таке поняття, така співпраця з усіма фахівцями лікарні [...] тому що всі працюють в одному напрямку – надання допомоги дитині, яка до нас потрапила, і послуг дитині саме хворій”

“Це коли всі фахівці працюють на один результат, всі взаємодіють, всі діляться своїми наробками і спілкуються для покращення стану пацієнта, а не просто кожен один в свою сторону”

З 11 респонденток зазначили, що міждисциплінарна взаємодія наразі є дуже актуальним питанням, яке розповсюджене і розвивається в багатопрофільних лікарнях:

“З цим поняттям уже давно стикнулися і працюємо давно. Наша лікарня так і працює як міждисциплінарна”

“Це те, що мені подобається в багатопрофільних лікарнях [...] і, наприклад, поєднання медичного і психологічного лікування. Тобто, коли команда, якщо ми беремо навіть челюстно-лицеву патологію, тобто хірурги роблять, щоб кістки правильно стояли, логопед ставить мову, психолог соціалізує. А потім пластичний хірург, умовно, робить більш красиво”

“Це особливо в лікарні дуже актуальне питання, коли ряд спеціалістів [...] працюють над однією ціллю”.

Одна респондентка не змогла відповісти на питання “Що для Вас означає міждисциплінарна взаємодія”, пояснюючи це складністю запитання.

Попри наявність загальних знань у більшості респондентів про міждисциплінарну взаємодію, троє з них у своїх відповідях не розмежовували міжвідомчу та міждисциплінарну співпрацю. Так, вони зазначали, що до останнього поняття належить і комунікація за межами лікарні, тобто з поліцією, службою у справах дітей, благодійними, державними і недержавними організаціями.

Серед фахівців, з якими зазвичай працюють респондентки у межах міждисциплінарної взаємодії в НДСЛ “Охматдит”, зазначалися, в основному, лікарі різних напрямів, логопеди, психіатри, психологи та соціальні працівники. Додатково респондентки вказували, що залучені до співпраці із юристами, медсестрами, санітарками, вихователями, керівництвом, дітьми і батьками. Троє респондентів виокремили батьків як учасників міждисциплінарної взаємодії.

Двоє спеціалістів розповіли, що команда формується залежно від випадку і може спочатку включати кілька фахівців, а зрештою розширюватися за потреби:

“Але у нас є така міні міждисциплінарна команда, а потім вона йде розширена. Міні – це коли ми і психологи. Обов'язкове обстеження в неврології – психолог-логопед. Ми побачили щось, що нас не влаштовує, я кажу це неврологу, ми розширюємо команду”.

Загалом, міждисциплінарна співпраця в лікарні проявляється по-різному, залежно від ситуації. Це може бути безпосередня комунікація фахівців між собою, зустрічі біля пацієнта, спільні консультації із залученням кількох спеціалістів, або опосередкована, як-от через вивчення документації. Респондентки так відповіли на питання “Як саме проявляється міждисциплінарна співпраця?” :

“Через зустрічі біля ліжка або вивчення документів”

“Ми обговорюємо стан пацієнта. Я маю розуміти, наприклад, ураження мозку у дитини – яке, якого ступеня, якої локалізації. Я, звичайно, прочитаю історію, але ми це обговорюємо з неврологом на предмет впливу [...] Це обговорюється, щоб не погіршити стан пацієнта. Це обов'язкова така штука”

“Можуть бути такі варіанти, коли ми робимо комбіновану консультацію, той самий логопед, психіатр, психолог, бо приблизно всі одні і ті самі запитання задають для того, щоб не нагружати дитину, якщо вона гіперактивна або дуже замкнена, ми втрьох спілкуємося і одразу робимо оцінку стану розвитку, наприклад. Або з мамою спілкуємося всі разом”.

Респондентки зазначали про такі можливості міждисциплінарної взаємодії для фахівців, як спільне бачення ситуації, підтримка з боку колег, тісна комунікація, обмін інформацією, досвідом, розширення компетенції та знань:

“Сам в полі не воїн. Тобто один ти дитині повноцінно не допоможеш. Тому що медичною допомогою дуже часто не обмежується”

“В роботі ми маємо знати, в якому стані дитина, якої конкретно допомоги потребує. Це обмін інформацією щодо дитини”

“Спільна думка взагалі оптимізує результат”

“Для лікарів також це велика допомога. Це чудово, коли є з ким поспілкуватися, почути різні думки, в деяких моментах можливо подискутувати і прийти до оптимального рішення”.

Щодо можливостей для пацієнтів, респондентки відповідали, що завдяки міждисциплінарному підходу є змога побачити цілісну ситуацію, яка склалася, почути думки різних фахівців, швидше отримати результат і комплексно розглянути проблему зі здоров'ям:

“Для пацієнтів це повне обстеження, повне залучення всіх спеціалістів, яких можна уявити в даній ситуації, яких потребує, різні думки і встановлення оптимального плану лікування”

“Більш комплексно розглядати проблему, якщо вона вже є. Тобто більше працювати на результат”

“Ми можемо запросити пацієнта для того, щоб обговорити подальшу тактику і подальше лікування”.

Спираючись на відповіді респонденток з питань першого блоку, можна зауважити, що міждисциплінарна взаємодія є значним складником роботи лікарні. Вона втілюється через сформовані команди спеціалістів різних напрямків з метою надання комплексної допомоги пацієнту, який є центром співпраці. У більшості фахівців наявне загальне уявлення про поняття “міждисциплінарна взаємодія”, тоді як деякі опитані не мають чіткого розмежування між цим терміном та міжвідомчою

співпрацею. Зазвичай фахівці взаємодіють з лікарями, психологами, логопедами, соціальними працівниками та іншими, включно з батьками, з метою поліпшення стану дитини-пацієнта. Спільна діяльність реалізується через безпосередню комунікацію, об'єднані консультації, зустрічі біля ліжка пацієнта, даючи змогу спеціалістам обмінюватися знаннями і досвідом, а пацієнтам — пройти повноцінне лікування й обстеження та отримати цілісну картину свого стану здоров'я.

Питання другого блоку стосувалися труднощів, які виникають під час міждисциплінарної взаємодії. Так, було виявлено, що перешкодами для ефективної співпраці різних фахівців є брак часу, бюрократичні та ієрархічні питання, відсутність наданого приміщення для міждисциплінарних зустрічей, невчасний обмін інформацією, протилежність поглядів, брак обізнаності про ролі інших учасників співпраці та брак знань з інших галузей. Усі виявлені труднощі можна поділити на 2 блоки: організаційні та комунікаційні. До організаційних належить відсутність приміщення для команди, бюрократичні та ієрархічні проблеми, брак часу:

“Зараз у нас немає території, щоб зібратися всім якось, наприклад, на території нейтральній. Ми знаємо по досвіду, наприклад, закордонних клінік, у них є спеціальні кімнати для мультидисциплінарних зустрічей, де можуть пацієнти і можуть фахівці зібратися, обговорити певні питання”

“Ну, звісно, деякі можуть бути труднощі в часі, щоб знайти час для обговорення пацієнтів”

“Просто можливо якісь незручності є, що я маю особисто звертатись, не через якусь систему, а я маю шукати лікаря, ми обговорюємо. Чи чекати лікаря, умовно, але це такий момент більш організаційний”.

Щодо комунікаційних, то в цей блок входить невчасний обмін інформацією, протилежність поглядів, брак знань і обізнаності про ролі інших членів команди:

“Треба працювати над тим, щоб був систематичний обмін інформацією, надання інформації вчасної нам про ці випадки, тому що деякі лікарі навіть ще не можуть засвоїти і погодитись [...]”

“Не всі, на жаль, лікарі розуміють важливість. Інколи вони вважають, що я найголовніший тут раджа, я буду все, а мені всі інші взагалі не потрібні. Таке теж, на жаль, буває”

“Часом нас не сприймають як спеціалістів”.

“Я дуже сильно хочу, щоб знаннями ми ділилися. Але в нас така є ситуація, що не всі це люди розуміють, що знання ми отримуємо кожен, і ними треба ділитися”

Вирішення проблем, за словами респонденток, відбувається через спільне обговорення, застосовуючи дипломатичність, інтелігентність та досвід для отримання загального бачення і прийняття рішень.

Однак, одна респондентка зазначила, що проблеми в комунікації, а саме несприйняття інших членів команди, ніяк не вирішуються і доводиться працювати, обмежуючись документацією, без прямого обговорення з лікарями:

“Я роблю те, що я вважаю за потрібне. Я подивилась історію, я подивилась локалізацію вогнища у дитини, я зрозуміла, як я можу... наскільки сильні, наприклад, приступи, в якій зоні. Від того я розумію, яку корекцію я буду робити”.

Більшість респонденток відповіла, що завжди знає до кого звернутися із членів міждисциплінарної команди, коли виникає потреба вирішити якесь питання:

“Так, безумовно. Кожний на своєму місці”

“Я дуже впевнена в цій міждисциплінарній команді, бо вже п'ятий рік ми з нею співпрацюємо [...] я знаю, що я можу до когось направити, пацієнти можуть пройти цю консультацію, і на основі висновку, звісно, я можу теж мати з чим працювати”

Проте одна респондентка зазначила, що при виникненні питань, пов'язаних із пацієнтом, вона не завжди знає кого це сфера компетенції, тому що пацієнт може

бути новий і без попереднього досвіду роботи з ним важко спрямовувати до певних фахівців.

Серед труднощів, які виникають у процесі міждисциплінарної взаємодії, окреме місце займає неправильне розуміння ролей учасників співпраці. Так, 7 з 11 учасників відповіли ствердно на питання “Чи були такі випадки, коли інші члени команди чекали від Вас того, що не входить у Вашу компетенцію?”, наводячи такі приклади:

“Взагалі все більше і більше проявляються ці бажання. Наприклад, [...] дитина, яка пролікувалася, була пересадка нирки, вона прожила вже більше 4 років в лікарні. Вона повинна соціалізуватись і в нашій команді хірургії вони вимагають від нас знайти центр [...] щоб він реабілітувався”

“Лікар з іншого відділення може подзвонити і сказати: у нас тут є дитина, в якій є клінічні симптоми, які можуть свідчити про ВІЛ-інфекцію, тобто її треба обстежити на ВІЛ. Я кажу: призначайте дитині аналіз. “Прийдіть і призначте”. Хоча згідно медичних документів будь-який медпрацівник, якщо він бачить, що треба, то призначається такий аналіз”

“Деякі лікарі, наприклад, вважають, якщо спостерігають за дитиною і за її батьками, за родиною, що вони не справляються зі своїми обов'язками: “А ви, соціальні фахівці, для чого?” Позбавте її батьківських прав [...] Ну, таких повноважень у нас немає”

При неправильному усвідомленню обов'язків членів команди фахівці мали обстоювати свою думку, комунікуючи з іншими:

“Безумовно, були такі випадки, що інколи підміна розуміння моїх обов'язків, як психолога, дійсно, і делегувались зовсім не ті очікування від мене. Тому приходилось відстоювати і свою позицію, і свій напрямок”

“Я завжди пояснюю, що я роблю, що вони роблять. У кожного свій рівень компетенції [...] Наприклад, на постановку гастростоми теж не завжди вони розуміли роль логопеда. Тоді ми їм просто пояснювали”

“Мабуть, основна робота – вчитися говорити з людьми і передавати правильну інформацію. І вчасно. Тому що коли все робиться вчасно, відповідно, і результат буде точніший, швидший і правильний”.

Якщо говорити про неузгодженості, що зустрічаються в ході міждисциплінарної взаємодії в НДСЛ “Охматдит”, то вони проявляються через дублювання ролей, непорозуміння щодо рекомендацій для пацієнта, неузгодженість дій при передачі справ іншому фахівцю тощо. Спеціалісти вказують, що неузгодженості призводять до заповільнення прогресу пацієнта та негативно впливають на результат лікування.

Аналізуючи відповіді, варто виокремити те, що залежно від професії респонденти по різному бачили ситуацію з неузгодженостями в лікарні. Так, логопеди зазначили, що не мають прикладів на своєму досвіді неузгодженостей в команді, а фахівці із соціальної роботи вказували на широку поширеність таких випадків:

“Всі ситуації, які в нас, всі випадки, вони всі не узгоджені [...] Дуже часто нам доводиться брати ініціативу в свої руки [...] Ну ні, але ж ми маємо виконувати свою роботу. Якщо виникають якісь питання, потім згадують про соціального фахівця. Бувають такі випадки, що згадують вже пізно, коли вже дитину виписали або вже на виписці”.

Така ситуація виникає через нерівність у поінформованості щодо ролей фахівців різних напрямків, брак усвідомленості обов’язків інших членів команди.

Основна роль у вирішенні неузгодженостей, як вважає одна респондентка, у координатора команди. Саме він впливає на те, чи будуть виникати непорозуміння, чи ні:

“Якщо лідер команди не дуже розуміє свою роль, то тоді так, дії між іншим учасниками можуть бути неузгоджені. Якщо лікар чітко розуміє, що він робить, і координує дії всіх в команді, такого не може бути”.

Респондентки відповіли, що зазвичай можуть відкрито обговорювати з колегами проблеми, які виникають під час роботи, однак це дається не завжди легко, зважаючи на різні обставини, як-от людський чинник. Фахівці зазначали, що відкритому обговоренню заважають стереотипи, а також супротив змінам з боку інших учасників взаємодії. Однак усі респондентки зійшлися на думці, що комунікація надзвичайно важлива і є ключем до розв'язання проблем. Лише завдяки обговоренню можна вирішити наявні труднощі:

“Ви ж розумієте, що люди мають певні уявлення і можуть бути ригідні бачення, що потрібно тільки так, не інакше. Але комунікація дуже важлива річ”

“Треба обговорювати якимось цю ситуацію, тому що потім не буде далі. Так це і залишиться. І наступний випадок буде в такому ж руслі, не буде відпрацьований належним чином. Тому що це вже як практика буде і як правило засвоєне неправильної роботи”

“Якщо я мовчу і щось погане думаю, то тоді не буде взаєморозуміння в команді. Я маю сказати, що мені не подобається, тому як він це сприймає, це його проблема. Але ж я маю сказати це для того, щоб ми якимось взаємодіяли”

Більше того, одна респондентка вбачає в обговоренні психологічну підтримку з боку інших членів команди і зазначає, що може відкрито комунікувати про наявні проблеми, адже *“ці питання не тільки мене стосуються, а і моїх колег. Я знаю, що я можу дискусію таку відкрити, і вони теж будуть говорити про це. Тому це як така підтримка психологічна, певно”*.

Узагальнюючи відповіді до другого блоку, можна сказати, що головними бар'єрами для ефективної міждисциплінарної взаємодії є організаційні та комунікаційні перешкоди. До першої групи перешкод респондентки вказували на відсутність спільного простору для обговорень, а також незручності з пошуком часу і відсутність системи перенаправлення до інших лікарів. До другої групи належать такі бар'єри, як невчасний обмін інформацією, несхожість поглядів на ситуацію, дублювання ролей та брак обізнаності про роботу інших учасників.

Остання перешкода є найбільш суттєвою під час міждисциплінарної взаємодії і найбільш негативно позначається на результаті співпраці. Саме через цей несприятливий чинник спеціалісти змушені обстоювати власну позицію та роз'яснювати свою роль членам команди, інколи обмежуючись лише опосередкованою співпрацею через документацію. Фахівці із соціальної роботи у своїх відповідях зазначили, що особливо гостро відчують проблему неузгодженості дій та невідповідності очікувань з боку інших учасників. Це обумовлено браком поінформованості щодо обов'язків і ролі таких спеціалістів у лікарні. Респондентки висловили думку, що координатор команди є одним із найбільш важливих складників успіху команди, адже він налагоджує таку взаємодію й допомагає уникати дублювання ролей.

Серед умов для ефективної міждисциплінарної взаємодії, зазначених респондентками, можна виокремити матеріально-технічні та нематеріальні умови. До першої групи належить обладнане робоче місце для міждисциплінарної команди та приміщення для спільного обговорення. Другу групу, у свою чергу, можна поділити на 3 підгрупи, залежно від джерела впливу на умови. Так, перша підгрупа умов має бути створена державою і включає трансформацію законів, які бюрократично ускладнюють роботу в команді. Друга підгрупа стосується умов, на які впливають самі учасники взаємодії: атмосфера підтримки, взаєморозуміння і поваги в команді; спільні неформальні заходи; вчасне інформування і перенаправлення до фахівців. Респондентки так висловили свою думку:

“А між собою дуже хорошо, як об'єднують такі заходи спільні, якісь свята, об'єднують людей в колективі. Тобто це на користь для колектива і для комунікації міжособистісної”

“Ну, по-перше, присутність кожного спеціаліста, який повинен бути в кожному випадку, в кожному кейсі. Можливість висказати свою думку”.

На третю підгрупу умов впливає керівництво лікарні: це підвищення обізнаності учасників щодо ролі та обов'язків інших членів команди; чіткі правила

та алгоритми взаємодії, які контролюються керівництвом; систематичні зустрічі команди; наявність координатора. Саме таких умов, на думку респонденток, не вистачає для ефективної співпраці:

“Практично має бути чітко визначений алгоритм дій. Тобто там має бути дійсно прописано, що для того, щоб працював психолог, дитина має не спати. Умовно так. Відповідно, від того вже будуть менші проблеми”

“Ну, це системність повинна бути, організаційна, щоб вони системно, наприклад, раз на тиждень зустрічались для обговорення певних питань”

“Взаєморозуміння між членами команди – це перше. Нормальне керівництво цією командою – це друге. Тоді все працює. Коли кожен знає, що він робить”.

Одна респондентка зазначила, що корисною практикою, яка підвищує ефективність міждисциплінарної взаємодії, є організація так званих консультативних днів, коли різні спеціалісти разом відвідують пацієнта:

“Ми в поліклініці маємо один консультативний день, коли для дітей проходять консультації одразу психолога, ортодонта, хірурга і логопеда. Тому це клас, це прям дуже гарно працює. Коли ми працюємо в стаціонарі, то ми всі розкидані і ми не можемо так легко повзаємодіяти”.

Що стосується спільного керівника, то респонденти зазначали, що мають такого керівника як генеральний директор лікарні, однак він не є безпосереднім координатором міждисциплінарних команд. Крім того, працівники НДСЛ “Охматдит” перебувають в різних структурах, тобто відділеннях, на чолі яких стоять безпосередні керівники спеціалістів. Однак і вони часто не є координаторами міждисциплінарних команд. Як вказують респондентки, саме лікуючий лікар є керівником співпраці всіх фахівців:

“Зазвичай до лікуючого лікаря звертаються. Він головний в мультидисциплінарній команді [...] всі дії командою узгоджуються з ним. Він веде цього пацієнта, він координує всі дії”

“У нас є така річ, у нас є координатор групи – лікар, який веде пацієнта. І він каже: “Ага, тут потрібно мультидисциплінарно, тому що не знаємо, як лікувати, або тут ще соціальний аспект доєднався [...]”

Проте не всі респондентки вказали на лікуючого лікаря як координатора міждисциплінарної команди. Це свідчить про умовну роль лікуючого лікаря як керівника команди, але не затверджену офіційно та не усвідомлену всіма учасниками.

На питання “Як наявність спільного керівника позначається на роботі команди?” респондентки відповіли, що, на їхню думку, це правильно і має бути один лідер, який відповідав би за команду та координував її:

“Тоді ви, можливо, працюєте як команда. А якщо лідера немає, то тоді команди немає. Хто ж веде команду? Тоді кожен працює сам по собі. Якщо є один керівник і всі розуміють свою роль в команді, то тоді так”.

Щодо мети, то всі респондентки зазначили про наявність в команді спільної загальної цілі, а саме покращення стану пацієнта-дитини:

“Це особливо в лікарні дуже актуальне питання, коли ряд спеціалістів [...] працюють над однією ціллю – досягнення благополуччя фізичного, соціального, психологічного, мовленнєвого для пацієнтів, оскільки кожен з напрямів, ті, що потребує людина, дитина, він потребує залучення різних спеціалістів [...] І тільки в команді ти можеш це, в принципі, зробити”.

За словами фахівців, спільна мета позитивно впливає на міждисциплінарну взаємодію, сприяє злагодженості та покращує ефективність командної роботи:

“Нам набагато легше працювати, коли є спільна мета, спільні інтереси і підтримка один в одного”.

Одна респондентка відповіла, що вона не знає про існування в лікарні спеціальних прийнятих письмових або усних правил взаємодії у міждисциплінарній команді. Більшість учасників зазначила, що знає про певні алгоритми, однак при приведенні прикладів зазвичай вказували не на правила

міждисциплінарної взаємодії, а на алгоритми, які стосуються міжвідомчої співпраці або медичних протоколів. Респондентки зауважили, що правила взаємодії позитивно впливають на роботу команди і спрощують комунікацію всередині групи.

8 з 11 фахівців відповіли ствердно на питання “Чи визнаються у команді Ваші або групові досягнення?”, особливо акцентуючи увагу на визнанні серед колег і керівництва:

“Наприклад, у нас є тренінги, які ми проводимо групові, виступаємо на конференціях, організовуємо наш конгрес [...] Це все визнається у нас, вітаємо один одного, розказуємо якісь цікаві моменти”

“Коли є позитивні моменти, навіть на наших нарадах, які відбуваються, там, кожного тижня, ми безпосередньо відзначаємо, і наш керівник відзначає людей і позитивні зміни, те, що було, там, досягнуто”

Однак 2 з 11 респондентки зауважили, що не отримують визнання від членів міждисциплінарної команди: досягнення або применшуються або визнання надається лікуючому лікарю, а не безпосередньому фахівцю.

Що стосується оцінювання та аналізу якості виконаної роботи, думки фахівців відрізнялися між собою. Більшість респонденток зазначила, що в лікарні не проводять аналіз діяльності команд, проте він потрібний:

“Не прийнято, мабуть, такого нема правила в роботі. А можливо, ніким не зазначено, ніяким наказом”

“Нема такого. Не вистачає часу. Я так думаю, що зайвий час потрібен. Хоча, напевно, це було б добре”

“Ну, це дуже важливий фактор, я вважаю, в лікарні, сидати і робити роботу над помилками. Причому, знову ж таки, залучаючи всіх спеціалістів, які брали участь в цьому, так, щоб в подальшому зробити якісь висновки”

Одна респондентка підкреслила, що оцінювання міждисциплінарної команди не відбувається безпосередньо, але питання про взаємодію входять до аналізу якості надання медичних послуг:

“У нас немає такого поняття, як оцінка якості роботи мультидисциплінарної команди. У нас є оцінка якості надання медичної допомоги. Тому і в оцінці якості є і взаємодія. Вона входить у цей загальний звіт”.

Натомість, за словами інших респонденток, оцінювання виконаної роботи відбувається у різний спосіб, як через спільне регулярне обговорення, так і через написання звітів:

“Ми ж даємо звіти, як мінімум. Завжди намагаємося, щоб не на кількість, а на якість, коли статистичні всі звіти робимо. Але все одно дивимося якісь моменти на покращення”.

Однак спільне обговорення та робота над помилками, згідно з відповідями респонденток, це не звична практика серед спеціалістів, а більше виняток. Дві фахівчині зазначили, що роблять оцінювання діяльності особисто для себе, фіксуючи показники до і після втручання, а потім використовують, за потреби, ці дані у звітах, наукових роботах чи конференціях.

Отже, відповіді респонденток щодо третього блоку стосувалися умов, які мають бути створені для ефективної міжпрофесійної взаємодії. Було визначено, що респондентки очікують чітких алгоритмів співпраці від керівництва, систематичних зустрічей та затвердженого координатора команди, яким неофіційно наразі є лікуючий лікар. Спільна мета, за словами респонденток, позитивно позначається на діяльності команди та покращує результати взаємодії. Більшість респонденток відповіли, що отримують визнання від колег за особисті та групові досягнення, однак були й такі, що зазначили про відсутність визнання успіхів серед команди й керівництва. Водночас, у лікарні не поширеною лишається практика систематичного оцінювання якості виконаної роботи, про що зазначили респондентки, наголошуючи на актуальності такого аналізу.

Учасники інтерв'ю, відповідаючи на питання про успішні випадки міждисциплінарної взаємодії, підкреслювали, що таких було багато на їхньому досвіді. Одна фахівчиня звернула увагу, що під “успішним” має на увазі не стільки результативність для пацієнта, скільки ефективність діяльності команди, яка вчасно та правильно зреагувала на випадок:

“Насправді, дуже багато успішних, але, можливо, не настільки успішних в плані результату, те, що дитина, наприклад, отримала. Бо дійсно, багато дітей зі складними порушеннями, і мовленнєвими, і структурними. Але от, наприклад, як спрацювала одна команда”.

Усі успішні кейси, наведені учасниками, ми згрупували у таблицю 2.3. Більшість респондентів наводили по 1-2 успішних кейсів, інші не змогли згадати приклад, тому не відповіли на питання.

Таблиця 2.3

Характеристика успішних кейсів міждисциплінарної взаємодії

Вік пацієнта	Стать	Діагноз	Залучені фахівці	Результат
14 р.	ч	Туберкульоз, депресія	Лікар-фтизіатр, психіатр, психолог	Дитині діагностовано хвороби, вона отримала лікування і підтримку
11 р.	ч	Хронічна ниркова недостатність	Лікар-нефролог, педіатр, хірург, психолог, фахівець із соціальної роботи	Дитина-сирота отримала пересадку нирки та соціально-психологічну допомогу, успішно виписана із лікарні
17 р.	ж	Онкологічне захворювання	Психолог, фахівець із соціальної роботи, лікар-онколог, юрист	Дитину переконали у необхідності лікування, на яке вона спочатку не погоджувалася
5 р.	ж	Хронічна ниркова недостатність	Лікар-нефролог, психолог, фахівець із соціальної роботи	Мати переконали у важливості вчасно прийжджати на медичні процедури
10 р.	ж	Порушення каріотипування	Лікарі-генетики, психолог	Дитині розкрито її діагноз, родина почала сприймати діагноз дівчинки
2,5 р.	ч	Інсульт	Реабілітологи, логопеди, неврологи, нейрохірурги	Після довготривалої коми дитина відновила навички (ковтання, мовлення, ходіння)

4 р.	ч	Анемія	Ендоваскулярні хірурги, інфекціоністи, гематологи, педіатр	Після довготривалого обстеження виявлено та проліковано основне захворювання
4 р.	ч	Орфанне захворювання	Психолог, логопед, лікар-генетик	Дитина вийшла майже на норму, великий прогрес за один рік
11 р.	ч	ПТСР	Психолог, психіатр	За 2 місяці дитина перестала боятися ходити до школи і там їсти.
12 р.	ч	Інфекційне захворювання	Психіатр, психолог, педагог, хірурги	Дитина почала ходити, танцювати, відбувся прогрес у когнітивній сфері
13 р.	ж	Щелепно-лицева патологія	Логопед, щелепно-лицеві хірурги, психолог	Дитина оперативно отримала комплексне обстеження, лікування і підтримку
1 міс.	ж	Синдром Дауна	Фахівець із соціальної роботи, психолог, лікарі	Батьки відмовилися від дитини, тому після закінчення лікування її було оперативно влаштовано в спеціалізований заклад

Як бачимо з таблиці, всі випадки об'єднує залучення кількох різнопрофільних спеціалістів та вчасне реагування фахівців на наявні в пацієнта проблеми задля їхнього вирішення. Згідно з таблицею, зазвичай залученими фахівцями були лікарі різних профілів (залежно від діагнозу дитини), психологи, фахівці із соціальної роботи, логопеди і психіатри. Результати роботи команди пов'язані не лише з досягненням медичних цілей, але і психологічних та соціальних, як-от сприйняття діагнозу, влаштування в спеціалізований заклад тощо. Це свідчить про ефективність міждисциплінарної взаємодії у наведених випадках, оскільки були залучені різні спеціалісти та досягнуто комплексні цілі для добробуту пацієнта.

Опитані фахівці зійшлися на думці, що міждисциплінарна взаємодія, в якій вони беруть участь, є більше ефективною ніж неефективною. 10 з 11 респондентів надали позитивну оцінку ефективності роботи команди:

“Безумовно, ефективна на 200 балів. Якщо б не було такого мультидисциплінарного підходу до визначення, можливо, це б ускладнювало б взагалі процес”

“Це вимоги часу і без цього взагалі не можна. Я вважаю, що це дуже ефективна така роль і робота мультидисциплінарної команди”.

Аргументами такої оцінки ефективності команди були відчуття приналежності до команди, можливість вирішувати питання разом з колегами та посилення підтримки для пацієнтів:

“Відчувається команда, відчувається взаємозв'язок, що ми дивимося і я розумію, що мені треба висновки лікарів, мені треба їх думка, що робити”

“Ну, бо більше підтримки, як мінімум. От, знаєте, якщо умовно в цій команді буде 5 лікарів чи 1 лікар. 1 лікар буде раз на день казати, що ти молодець, а 5 лікарів за день він почує 5 разів, що він молодець”

“Бувають такі ситуації, коли не думаєш за негативні моменти. Думаєш, отак зробиш і все буде добре. І тут хтось з команди каже: “А ви подумали про це?” І йде дискусія [...] Додаються коментарі, тому різнобічно ситуація обговорюється і передивляється”.

Одна респондентка зазначила, що сумнівається в ефективності міждисциплінарної команди, оскільки не всі фахівці докладають однакову кількість зусиль та не однаково сумлінно вирішують завдання, що позначається на успіху взаємодії.

Більшість респонденток відповіла, що отримувала лише позитивний зворотній зв'язок від пацієнтів про роботу команди. Однак 4 з 11 респонденток зазначили, що їхні пацієнти могли залишати як позитивний, так і негативний фідбек. Зазвичай претензії стосувалися не діяльності міждисциплінарної команди, а роботи конкретних фахівців.

2 з 11 респонденток підкреслили, що їхнє навантаження на роботі збільшується через міждисциплінарну взаємодію, пояснюючи це тим, що потрібно докладати зусиль і ресурсів для налагодження співпраці:

“Треба попрацювати, якщо хочеш, щоб була хороша комунікація з усіма, щоб тебе знали, пам'ятали, що ось дитинка з поломаною рукою, ага, у нас є соціальний фахівець. Тут треба постійно з ними комунікувати”

3 з 11 респонденток зауважили про зменшення навантаження внаслідок міждисциплінарної взаємодії, адже вона підтримує та надає ресурси фахівцям. Інші 3 респондентки зазначили, що робота в міждисциплінарній команді ніяк не впливає на їхнє навантаження: воно не збільшується і не спрощується, а просто є частиною робочого процесу.

На питання “Чи відчуваєте Ви себе частиною міждисциплінарної команди, в якій працюєте?” 9 з 11 респонденток відповіли ствердно. Підставами для такої відповіді були згадки про приналежність до команди, відчуття єдності, тісну взаємодію та взаємодопомогу:

“Коли ти маєш можливість об'єднатися в групі, відчуття єдності цієї команди і одним з учасників цієї потужної команди, це надихає і дає можливість рухатись вперед”

“Тому що є взаємодія і професійна, і особиста. Тоді ти відчуваєш себе в команді. Коли ти ізолована, то ти не в команді”.

Одна респондентка відповіла, що відчуває себе частиною колективу, але не команди. Колектив, на її погляд, має більш широке значення та стосується всіх працівників лікарні. Свою думку вона пояснила тим, що учасники команди, до якої вона належить, не цікавляться діяльністю один одного та не взаємодіють безпосередньо між собою:

“Ми не знаємо цих лікарів. Я їх в очі не бачила. Я прочитала їх заключення і вважаю, що я в команді. У нас немає обговорень”.

Однак, з огляду на відповіді респонденток, така ситуація не у всіх відділеннях. Більшість фахівців мають безпосередню співпрацю між собою, тому відчують приналежність до групи спеціалістів різних профілів.

10 з 11 респонденток зазначили, що мають бажання надалі працювати в міждисциплінарній команді в НДСЛ “Охматдит” з таких причин, як зменшення навантаження при роботі у групі, позитивна атмосфера в команді, отримання кращих результатів та ефективнішої роботи, відчуття причетності до спільної справи:

“Так, одному дуже важко. Неймовірно важко. Це важливо, бо це набагато полегшує роботу. Емоційно це набагато легше працювати в міждисциплінарній команді. Почути чужі різні думки, порадитися. Це дуже важливо”.

Одна респондентка зауважила, що має бажання працювати в колективі і в групі, але тільки коли команда буде відповідати поставленим вимогам, які вона виокремила для себе. Серед них обмін досвідом між учасниками та вироблення спільної стратегії втручання:

“Кожен лікар повинен розповідати, що він бачив, причини, обмін досвідом, обмін думками щодо конкретної дитини, що первинне, що вторинне, що другорядне, на що ми звертаємо увагу і працюємо”.

Грунтуючись на відповідях респонденток, можна зробити висновок, що вони розглядають міждисциплінарну взаємодію в НДСЛ “Охматдит” як, здебільшого, ефективну співпрацю. Не зважаючи на те, що більшість респонденток оцінили ефективність міждисциплінарної взаємодії позитивно, наявні також прогалини в роботі, які впливають на успішність діяльності команд. Серед них опитувані вказували на різний рівень докладених зусиль і залученості колег, брак безпосереднього обговорення з командою щодо пацієнтів та низьку зацікавленість роботою інших учасників команди.

Виходячи з виявлених прогалин у діяльності фахівців різних напрямів, які надають послуги пацієнтам медичного закладу, ми вважаємо доцільним

наголосити на певних важливих положеннях, пов'язаних з діяльністю міждисциплінарних команд та їхньою координацією.

З метою підвищення ефективності міждисциплінарної команди в НДСЛ “Охматдит” та на основі розробленої системи індикаторів нами були сформульовані наступні рекомендації.

Для ефективної роботи міждисциплінарних команд велику роль грає підтримуюче керівництво лікарні (організаційний рівень), яке має сприяти успішній співпраці фахівців через:

- 1) Створення чітких алгоритмів взаємодії для членів команд, які би спрощували процес обміну інформацією та прийняття рішень, і зазначали про особу координатора, його обов'язки, систематичні зустрічі міждисциплінарних команд, правила співпраці тощо.
- 2) Забезпечення матеріально-технічної бази, а саме приміщення для обговорення членів міждисциплінарних команд, адже спільний простір є суттєвим складником ефективності співпраці.
- 3) Підвищення рівня обізнаності про функції та ролі інших учасників команди через внутрішні тренінги або семінари, що дасть змогу уникати неприйняття з боку інших членів команди, невідповідних очікувань та неправильного тлумачення компетенцій.
- 4) Включення міждисциплінарної взаємодії у загальне навантаження працівників НДСЛ “Охматдит” задля уникнення професійного вигорання та браку часу на співпрацю.
- 5) Налагодження системи регулярного оцінювання для аналізу помилок, до якого долучаються всі члени команди.

Керівникам команд (фасилітаційний рівень) для ефективної координації необхідно:

- 1) Слідкувати за дотриманням алгоритмів взаємодії, запроваджених керівництвом лікарні.

- 2) Сприяти вирішенню конфліктів через налагоджену й регулярну комунікацію з членами команди, запобігати дублюванню ролей.
- 3) Організовувати систематичні зустрічі для відкритого обговорення в команді поточних завдань і цілей у роботі з пацієнтами; ініціювати та проводити консультативні дні, коли різні спеціалісти одночасно відвідують пацієнта.
- 4) Сприяти визнанню індивідуальних та групових досягнень.

Самим членам міждисциплінарних команд (особистісний рівень) варто брати активну участь та підтримувати міждисциплінарність у закладі через:

- 1) Відкриту, конструктивну комунікацію щодо проблем, які виникають у процесі взаємодії, задля їхнього вирішення.
- 2) Створення атмосфери підтримки, яка буде проявлятися не лише у взаємоповазі, але і в зацікавленості до діяльності один одного, що сприятиме розвитку відчуття приналежності до команди, а не лише до колективу.
- 3) Обмін досвідом та знаннями задля кращого розуміння пацієнтів та вироблення спільної стратегії втручання, де дії були б узгодженими та продуманими.
- 4) Вчасне інформування та перенаправлення пацієнтів до відповідних спеціалістів.

Висновки до другого розділу

Базуючись на відповідях респонденток, міждисциплінарна співпраця є поширеною практикою в НДСЛ “Охматдит”. Вона реалізується через команди фахівців різних галузей, що створюються залежно від напрямку роботи або категорії пацієнтів. Дослідження показало, що не всі опитані обізнані про поняття “міждисциплінарна взаємодія”, сприймаючи її за міжвідомчу співпрацю. Найчастіше респонденти беруть участь у спільній діяльності разом із лікарями,

психологами, логопедами, соціальними працівниками та іншими фахівцями з метою надання комплексної допомоги пацієнтам. Міждисциплінарна взаємодія проявляється через пряму комунікацію учасників, спільні консультації, зустрічі біля ліжка пацієнта тощо. Серед можливостей, які надає міждисциплінарна співпраця спеціалістам, респондентки зазначали обмін знаннями і досвідом, спільне бачення ситуації, а для пацієнтів — отримання цілісної підтримки не лише з боку фізичного здоров'я, а також задля психологічного і соціального добробуту.

Основними труднощами, які виникають під час міждисциплінарної взаємодії в НДСЛ "Охматдит", є організаційні (брак спільного простору та часу), та комунікаційні перешкоди. До комунікаційних належать невчасний обмін інформацією, відмінність у позиціях, дублювання ролей та брак обізнаності про обов'язки інших членів команди й невідповідні очікування. Остання перешкода є найбільш руйнівною для ефективної співпраці та особливо сильно відчувається фахівцями із соціальної роботи. Наявність координатора є значним чинником успішної команди, а безпосередня комунікація та обговорення між учасниками є ключем до розв'язання більшості проблем, на думку респондентів.

Було визначено матеріально-технічні та нематеріальні умови для ефективної міждисциплінарної взаємодії. Перша група містить у собі обладнане робоче місце та спільне приміщення для комунікації команди. Друга група стосується таких умов, як: атмосфера підтримки і поваги в команді, спільні заходи, вчасне перенаправлення та інформування, підвищення обізнаності членів команди про ролі інших учасників, чіткі правила взаємодії та наявність координатора. Респондентки зазначили, що мають спільну мету і це позитивно впливає на результати їхньої діяльності у команді. Не всі опитані погодилися із тим, що їхні досягнення визнаються в групі: деякі зауважили, що досягнення можуть применшуватися або надаватися іншим учасникам. Аналіз виконаної роботи зазвичай не проводиться в лікарні, за словами опитуваних, хоча це є потрібною та актуальною практикою, необхідною для успішного функціонування команд.

На думку респонденток, міждисциплінарна взаємодія в НДСЛ “Охматдит” є ефективною та актуальною. На прикладі успішних кейсів опитані продемонстрували випадки злагодженої роботи із залученням кількох фахівців різних профілів задля єдиного результату. Більшість спеціалістів зазначили, що отримують позитивний зворотний зв’язок від пацієнтів, відчують себе частиною команди і виражають бажання й надалі працювати в ній. Однак для деяких міждисциплінарна співпраця збільшує навантаження на роботі, адже вимагає ресурсів для налагодження взаємодії. Серед інших викликів, наявних під час міждисциплінарної взаємодії, респондентки вказували на різний рівень докладених зусиль і залученості колег, нестачу безпосередньої комунікації з учасниками щодо пацієнтів та брак зацікавленості роботою інших членів команди.

Були надані рекомендації на організаційному, фасилітаційному та особистісному рівні задля збільшення ефективності міждисциплінарної взаємодії в НДСЛ “Охматдит”.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження були встановлені наступні висновки:

- 1) Проаналізовано вітчизняну та іноземну літературу щодо сутності міждисциплінарної взаємодії у медико-соціальній сфері. Встановлено, що поняття «міждисциплінарна співпраця» передбачає взаємодію різних за спеціальностями фахівців, об'єднаних спільною метою. Наявні форми міждисциплінарної взаємодії, як-от: команда фахівців, засідання спеціалістів соціальної сфери, спільні робочі наради, тренінги, семінари та ін. З'ясовано, що у сфері медико-соціальної підтримки міждисциплінарна співпраця є не тільки організаційним механізмом, але й основою для налагодження ефективної допомоги з метою забезпечення медичних, психологічних та соціальних потреб людини. Уточнено, що соціальні працівники у лікарнях повинні тісно взаємодіяти з іншими фахівцями та залучати всі наявні ресурси задля покращення якості життя пацієнтів.
- 2) Представлено аналіз сучасних закордонних та українських практик міждисциплінарної взаємодії у медико-соціальній сфері. Виокремлено тенденцію, що прийняття рішень з надання комплексних послуг у медичних закладах покладається на міждисциплінарну команду спеціалістів. Наведено досвід надання медико-соціальної підтримки пацієнтам у Національній дитячій спеціалізованій лікарні “Охматдит”.
- 3) Описано основні компоненти, виклики та сприятливі чинники міждисциплінарної співпраці у галузі охорони здоров'я. З'ясовано, що наявні відмінні підходи до систематизації основних компонентів, проте більшість науковців зупиняються на таких, як: спільна мета, чітко прописані ролі, ефективне лідерство, комунікація та взаємоповага. Серед складників міждисциплінарної взаємодії існують також принципи і цінності командної роботи. Описано різні виклики, з якими стикаються учасники співпраці і які

негативно впливають на ефективність роботи команди. Зокрема, це: ієрархія, індивідуалістичний характер професій, комунікативні перешкоди, високе робоче навантаження тощо. Узагальнено сприятливі чинники міждисциплінарної взаємодії, як-от організаційна підтримка, ефективне лідерство і спілкування, наявність особистих і командних навичок, коучинг, спільне розміщення.

- 4) Здійснено оцінювання ефективності міждисциплінарної співпраці в НДСЛ “Охматдит”. Визначено, що така взаємодія є поширеною і переважно ефективною практикою, що втілюється через команди спеціалістів, до яких зазвичай входять лікарі, психологи, логопеди та соціальні працівники. Співпраця проявляється у безпосередній комунікації та спільних консультаціях фахівців у лікарні з метою комплексної допомоги пацієнтам. Систематизовано перешкоди для успішної командної взаємодії, серед яких є організаційні (брак часу і спільного простору) та комунікаційні виклики (брак обізнаності про ролі колег, невідповідні очікування, невчасний обмін інформацією, несхожість поглядів на ситуацію, дублювання ролей). Сприятливими чинниками для міждисциплінарної взаємодії є чіткі алгоритми співпраці, наявність координатора команди, атмосфера підтримки та регулярний аналіз виконаної роботи. Останній показник має низький рівень поширеності в лікарні, тому є актуальним чинником для покращення взаємодії в команді.
- 5) Надано рекомендації щодо збільшення ефективності міждисциплінарної взаємодії в НДСЛ “Охматдит”. Так, на організаційному рівні з боку керівництва мають бути створені такі умови, як: чіткі алгоритми взаємодії для учасників, забезпечення спільного простору для команди, підвищення рівня обізнаності про ролі інших членів, налагодження системи оцінювання та аналізу якості виконаної роботи. На фасилітаційному рівні координатори команд мають сприяти вирішенню конфліктів та запобігати дублюванню ролей, організовувати регулярні зустрічі команди, сприяти визнанню досягнень,

слідкувати за дотриманням алгоритмів взаємодії. Учасникам команди на особистісному рівні варто вести відкриту комунікацію, підтримувати атмосферу взаємоповаги й зацікавленості до діяльності інших учасників, обмінюватися досвідом і знаннями, проводити вчасне інформування й перенаправлення пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання соціальної роботи : навч. посіб. / О. М. Денисюк та ін. ; ред. кол.: О. В. Епель, Т. Л. Лях, І. В. Силантьєва. Ужгород : РІК-У, 2023. 420 с. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua> (дата звернення: 29.10.2025).
2. Анопрієнко О. В., Мешкова О. М. Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». *Современная педиатрия*. 2013. № 7 С. 15–17.
3. Данко Д. В. Соціальна робота в медичній сфері. *Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота*. 2011. Вип. 23. С. 39–41.
4. Данко Д. В., Повідайчик О. С. Медико-соціальна робота з різними категоріями клієнтів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота*. 2014. Вип. 33. С. 51–54.
5. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. І. Д. Зверєвої. Київ ; Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.
6. Журавльова А. Ю. Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими дітьми у контексті взаємодії фахівців соціальної сфери. *Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери* : зб. матеріалів II міжнар. наук.-практ. конф. (м. Ніжин, 15–16 листоп. 2018 р.). Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. С. 22–24.
7. Клименко І. А., Толстанов О. К. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування). *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3. С. 67–72.
8. Клініка з прав людини: модель надання комплексних послуг з реабілітації потерпілим від катувань в місцях несвободи : тренінговий посіб. / Г. Скіпальська та ін. Київ : МБФ «Українська фундація громадського здоров'я», 2020. 50 с.

9. Козубовська І. В., Булеза Б. Я. Медико-соціальна робота з дітьми групи ризику у Великій Британії. 2018. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua> (дата звернення: 29.10.2025).
10. Комплексний підхід до реабілітаційних заходів в дитячій онкології : метод. рекомендації / уклад. О. Горленко, Л. Балецька, С. Лукашук, О. Пушкаренко. Ужгород, 2021. 50 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua> (дата звернення: 29.10.2025).
11. Кріжік К. С., Гусак Н. Є. Роль соціального працівника в наданні послуг з психічного здоров'я у громаді. *Перші наукові читання імені професора Володимира Івановича Полтавця* : матеріал виступу на конф. (м. Київ, 5 лют. 2020 р.). URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua> (дата звернення: 29.10.2025).
12. Лях Т. Л., Денисюк О. М., Лехолетова М. М., Дуля А. В. Соціальна робота в дитячих лікарнях Чеської республіки. *Ввічливість. Humanitas*. 2022. Вип. 3. С. 46–53.
13. Міщук Є.Д. Сутність та значення міждисциплінарної взаємодії у сфері медико-соціальної підтримки. *Розвиток суспільства та науки в умовах цифрової трансформації* : матеріали ІХ міжнар. студ. наук. конф., м. Тернопіль, 31 жовт. 2025 р. Вінниця : ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. С. 59–61.
14. Петрук В. Соціальна робота з сім'ями, які виховують хронічно хворих дітей. *Соціальна робота з сім'ями: теорії, моделі, ефективні практики* : кол. монографія / за ред. В. Петровича, С. Чернети. Луцьк : Волиньполіграф, 2021. С. 241–270.
15. Посібник з методики міждисциплінарного ведення випадку при роботі з безпритульними, бездоглядними неповнолітніми дітьми / авт. кол.: А. В. Белякова, О. М. Боголюбова., О. А. Воробйовський та ін. Київ : Стар-98, 2010. 68 с.
16. Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах : Постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 р. № 585. Дата оновлення: 13.08.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 29.10.2025).

17. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 29.10.2025).

18. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21.06.2001 р. № 2558-III. Дата оновлення: 27.09.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 29.10.2025).

19. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 р. № 1308. Дата оновлення: 20.03.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 29.10.2025).

20. Психіатрична допомога мобільних мультидисциплінарних команд за місцем перебування пацієнта - що передбачено ПМГ. *Міністерство охорони здоров'я України* : вебсайт URL: <https://moz.gov.ua/uk/psihiatrichna-dopomoga-mobilnih-multidisciplinarnih-komand-za-miscem-perebuvannya-paciyenta-sho-peredbacheno-pmg> (дата звернення: 29.10.2025).

21. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : посіб. у 2-х ч. Київ : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. Ч. 1 : Сучасні орієнтири та ключові технології / З. П. Кияниця, Ж. В. Петрочко. 256 с.

22. Спільно до нових послуг. Керівництво із впровадження соціальних послуг для сімей з дітьми в громадах : посіб. у 2-х ч. Київ, 2021. Ч. 2 : Ведення випадку та міжвідомча взаємодія / ав. кол.: О. Ю. Дащаківська, С. С. Стельмах, К. М. Максименко. 72 с.

23. Спіріна Т. П., Лях Т. Л., Рогожинська В. Є. Принципи міждисциплінарної взаємодії у соціальній роботі. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020. Вип. 27(3). С. 224–228.

24. Степаненко В. І. Робота міждисциплінарних команд у громадах з організації соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах. *Соціальна робота в громаді: сучасні виклики та перспективи розвитку*

: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ДНУ імені Олеся Гончара, 2023. С. 142–145.

25. Типове положення про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям : наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 29.10.2025).

26. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : Знання, 2008. 574 с.

27. Шульгіна Н. А. Медико-соціальна робота в закладах охорони здоров'я. *Медсестринство*. 2020. № 2. С. 66–68.

28. Юрків Я. І. Мультидисциплінарна команда як форма соціально-педагогічної роботи з розумово відсталими дітьми та їхніми сім'ями. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота*. 2013. Вип. 21. С. 218–222.

29. Abramson J. S., Mizrahi T. When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*. 1996. Vol. 41(3). P. 270–281.

30. Albert M., Rowland P., Friesen F., Laberge S. Interdisciplinarity in medical education research: myth and reality. *Advances in Health Sciences Education*. 2020. Vol. 25(5). P. 1243–1253. URL: <https://link.springer.com> (last accessed: 29.10.2025).

31. Alfandari R., Taylor B. J. Processes of multiprofessional child protection decision making in hospital settings: Systematic narrative review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023. Vol. 24(1). P. 295–312.

32. Ambrose-Miller W., Ashcroft R. Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*. 2016. Vol. 41(2). P. 101–109.

33. Babiker A., Hussein M. El, Nemri A. Al, Frayh A. Al, Juryyan N. Al, Faki M. O, Assiri A., Saadi M. Al, Shaikh F., Zamil F. Al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*. 2014. Vol. 14(2). P. 9–16. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov> (last accessed: 29.10.2025).

34. Balsley K., Pierce M. C., Katsogridakis Y. L., Rosado N., Mathey L., Hickey S., Kelleher M. Multidisciplinary quality improvement approach to standardize care and communication for suspected child abuse arriving to the ED. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2019. Vol. 20(3).

35. Bruner J. Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers to Help Policy Makers Improve Children's Services. Washington : The Education and Human Services Consortium, 1991. 33 p. URL: <https://files.eric.ed.gov> (last accessed: 29.10.2025).

36. Cohen D. J., Davis M., Balasubramanian B. A., Gunn R., Hall J., deGruy F. V., Peek C. J., Green L. A., Stange K. C., Pallares C., Levy S., Pollack D., Miller B. F. Integrating behavioral health and primary care: consulting, coordinating and collaborating among professionals. *American Board of Family Medicine*. 2015. Vol. 28. P. 21–31. URL: <https://www.jabfm.org> (last accessed: 29.10.2025).

37. Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care : discussion paper. / P. Mitchell et al. Washington, DC : Institute of Medicine, 2012. 30 p.

38. Course: To Err is Human. *World Health Organization* : website. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course04_handout_being-an-effective-team-player-.pdf?sfvrsn=50aecf5a_9&download=true (last accessed: 29.10.2025).

39. Gabrielová J., Velemínský M. Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014. Vol. 35(1). P. 59–66. URL: <https://www.nel.edu> (last accessed: 29.10.2025).

40. Hackman, J. R. The design of work teams : handbook of organizational behavior. / Ed. W. Lorsch. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 1987. P. 315–342. URL: <https://www.academia.edu> (last accessed: 29.10.2025).

41. Harris M. F., Advocat J., Crabtree B. F., Levesque J.-F., Miller W. L., Gunn J. M., Hogg W., Scott C. M., Chase S. M., Halma L., Russell G. M. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Multidiscip Healthc.* 2016. Vol. 9. P. 35–46. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/JMDH.S97371> (last accessed: 29.10.2025).

42. Kistin C. J., Tien I., Bauchner H., Parker V., Leventhal J. M. Factors that influence the effectiveness of child protection teams. *Pediatrics.* 2010. Vol. 126(1). P. 94–100.

43. Melo L. N., Macie M. J. P., Simões L. O., Mourão C. R., Santos E. P. dos, Moreira E. C., Leite C. T., Borges M. de A. P., Mesquita P. M. de, Ferreira N. de S. Palliative Care in Pediatrics: Perception of the Multiprofessional Team. *Psychology and Neuroscience.* 2020. Vol. 2(2). P. 1–4. doi.org/10.47485/2693-2490.1014.

44. Rogers M. M., Friebert S., Williams C. S., Humphrey L., Thienprayoon R., Klick J. C. Pediatric palliative care programs in US hospitals. *Pediatrics.* 2021. Vol. 148(1).

45. Rosen M. A., DiazGranados D., Dietz A. S., Benishek L. E., Thompson D., Pronovost P. J., Weaver S. J. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist.* 2018. Vol. 73(4). P. 433–450. DOI: [10.1037/amp0000298](https://doi.org/10.1037/amp0000298).

46. Sahin F., Çepik-Kuruoglu A., Demirel B., Akar T., Duyan-Çamurdan A., Iseri E., Demiroğullari B., Pasli F., Beyazova U., Oral R. Six-year experience of a

hospital-based child protection team in Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2009. Vol. 51(4). P. 336–343.

47. Soukup T., Lamb B. W., Arora S., Darzi A., Sevdalis N., Green J. S. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Multidisciplinary Healthcare*. 2018. Vol. 11. P. 49–61. URL: <https://www.tandfonline.com> (last accessed: 29.10.2025).

48. Taplin S. H., Weaver S., Salas E., Chollette V., Edwards H. M., Bruinooge S. S., Kosty M. P. Reviewing cancer care team effectiveness. *Oncology Practice*. 2015. Vol. 11(3). P. 239–246. DOI: [10.1200/JOP.2014.003350](https://doi.org/10.1200/JOP.2014.003350).

49. Zajac S., Woods A., Tannenbaum S., Salas E., Holladay C. L. Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence Based Guidance. *Frontiers in Communication*. 2021. Vol. 6. DOI: [10.3389/fcomm.2021.606445](https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445).

50. Zwarenstein M., Rice K., Gotlib-Conn L., Kenaszchuk C., Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC health services research*. 2013. Vol. 13(1). P. 494.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Гайд глибинного інтерв'ю із фахівцями НДСЛ “Охматдит”

Вітаю! Дуже дякую, що погодилися зустрітися та поспілкуватися!

Мене звати Єлизавета Мішук, я студентка Університету Грінченка. У межах моєї магістерської роботи я проводжу інтерв'ю з фахівцями НДСЛ “Охматдит” з метою оцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії. Маю наголосити, що наша розмова є повністю конфіденційною. Ваше ім'я не буде зазначене в дослідженні. З Вашого дозволу наша розмова буде записана на диктофон, лише для того, щоб я нічого не забула й не переплутала. Запис буде видалено мною після аналізу результатів.

Для дослідження важливі Ваші щирі та розгорнуті відповіді, адже ми намагаємося краще зрозуміти інших людей та їхній досвід. Тривалість інтерв'ю приблизно 30 хв.

Блок 1. Розуміння сутності і можливостей

- 1) Розкажіть, будь ласка, яка Ваша посада і досвід роботи в “Охматдиті”?
- 2) Що для Вас означає поняття “міждисциплінарна взаємодія”?
- 3) З якими фахівцями Ви зазвичай працюєте в міждисциплінарній команді?
- 4) Як саме проявляється така співпраця?
- 5) Які можливості дає міждисциплінарна взаємодія як для фахівців, так і для пацієнтів, на Вашу думку *(наприклад, обмін знаннями, досвідом, комплексність у допомозі)*?

6) Блок 2. Виклики міждисциплінарної взаємодії

- 7) Які труднощі у Вас виникають під час міждисциплінарної взаємодії?

- 8) Які найчастіші причини непорозумінь або конфліктів у команді? Як вони вирішуються?
- 9) Якщо виникала потреба вирішити якесь питання, чи завжди Ви були впевнені, до кого звернутися із членів міждисциплінарної команди? Чому?
- 10) Чи були такі випадки, коли інші учасники команди неправильно розуміли Ваші обов'язки і чекали від Вас того, що не входить у Вашу компетенцію? Розкажіть про один такий випадок.
- 11) Розкажіть, будь ласка, про ситуацію (якщо вона була), коли дії членів команди були неузгоджені. Як це проявлялося (наприклад, дублювання ролей, невчасне надання інформації)?
- 12) Чи можете Ви відкрито обговорювати з колегами проблеми, які виникають під час роботи в команді? Чому?

Блок 3. Чинники ефективної взаємодії

- 13) **Як Ви вважаєте, які мають бути умови для ефективної міждисциплінарної взаємодії?**
- 14) Чи є у міждисциплінарної команди, в якій Ви працюєте, спільний керівник або координатор? Як це позначається на роботі команди?
- 15) Чи є в команді, до якої Ви причетні, спільна мета? Як це впливає на міждисциплінарну взаємодію?
- 16) Чи маєте Ви прийняті письмові або усні правила взаємодії (*спільні зустрічі, випадки, коли і до кого звертатися, як приймати рішення*)? Як це впливає на Вашу роботу?
- 17) Розкажіть, будь ласка, як визнаються у команді Ваші або групові досягнення?
- 18) На Вашому досвіді, чи проводяться у міждисциплінарній команді регулярне оцінювання та аналіз якості виконаної роботи? Чому?

Блок 4. Самооцінювання ефективності міждисциплінарної взаємодії

- 19) **Опишіть, будь ласка, один успішний випадок міждисциплінарної взаємодії.**
- 20) **На Вашу думку, наскільки ефективною є міждисциплінарна взаємодія, в якій Ви берете участь? Чому?**
- 21) **Якщо Ви отримували зворотний зв'язок від пацієнтів про роботу команди, чого він стосувався?**
- 22) **Як міждисциплінарна взаємодія впливає на Ваше навантаження на роботі?**
- 23) **Чи відчуваєте Ви себе частиною міждисциплінарної команди, в якій працюєте? Чому?**
- 24) **Чи є у Вас бажання надалі працювати в міждисциплінарній команді? Чому?**