

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет соціальних наук та соціальних технологій  
Кафедра Школа соціальної роботи В. І. Полтавця

**Кваліфікаційна робота**  
освітній ступінь - бакалавр

на тему: **«РОЛІ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ  
ДОПОМОГИ»**

Виконала: студентка 4-го року  
навчання,  
Спеціальності 231  
Соціальна робота

Сахарова Ярослава Сергіївна

Керівник Романова Н.Ф., кандидатка  
педагогічних наук, доцентка.

Рецензент: Кальницька К.О., канд.  
психол. наук, доцент

Кваліфікаційна робота захищена  
з оцінкою «\_\_\_\_\_»

Секретар ЕК \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	6
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	8
2.1 Система паліативної допомоги для різних груп населення.....	8
2.2 Компетенції соціальних працівників .....	13
2.3 Ролі соціальних працівників під час роботи з пацієнтами та їх родичами .....	24
2.4 Ролі соціальних працівників у складі мультидисциплінарної команди.....	33
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	41

## ВСТУП

Сфера паліативної допомоги є чудовою платформою, де соціальні працівники можуть ефективно застосовувати свої професійні навички для допомоги людям в складних життєвих обставинах. Клієнтами спеціалістів можуть бути безпосередньо люди, які мають хворобу, але й також їхні сім'ї чи близькі люди, які часто так само потребують підтримки професіонала. Тому соціальна робота є важливою складовою, яка забезпечує цілісну та ефективну роботу відділів, організацій та центрів, які надають послугу паліативної допомоги. Незважаючи на це, паліативна підтримка часто знаходиться за межами інтересу соціальних працівників в Україні. Адже студентів з соціальної роботи майже не навчають праці в цій сфері діяльності, а вже досвідченим працівникам доволі важко потрапити в систему догляду за паліативними хворими через відсутність відповідної посади в лікарнях або центрах допомоги. Це призводить до того, що в Україні з поля зору фахівців з соціальної роботи випадає доволі велика когорта клієнтів, яка потенційно потребує допомоги.

Розвиток соціальної роботи у сфері паліативної допомоги є актуальним напрямком для сучасного світу. Для України ця тема також стоїть доволі гостро, хоча саме визначення паліативної допомоги та протоколи лікування затверджено у законодавстві ще з 2011 року, активне впровадження та формування системи паліативного піклування розпочалось тільки 2020 року (Національна служба здоров'я України, 2021). Згідно зі статистикою ВООЗ приблизно 56.8 мільйона людей по всьому світу отримують паліативну допомогу (World Health Organization, 2020). В Україні за даними Національної служби здоров'я України (2022) станом на 25 жовтня у 2022 році паліативну допомогу отримали 81 930 людей (37380 осіб отримали її стаціонарно і 44540 отримали завдяки мобільній команді). Тобто за пів року майже 82 тисячам людям змогли надати паліативний догляд, що показує певну актуальність цієї послуги.

Хоча закордоном все частіше соціальних працівників починають включати в список обов'язкового персоналу паліативних відділень, однак для України це досі

залишається нерозкритим питанням. Так, згідно з рейтингом країн щодо якості догляду наприкінці життя, Україна займає лише 69 місце з 81 (Finkelstein et al., 2021). Що є показником певної неефективності та низької якості послуг, які надаються паліативно хворим людям.

В 2016 році був прийнятий Наказ про затвердження Державного стандарту послуги паліативного догляду, що розширює та регулює діяльність соціальних працівників. Так в ньому зазначені основні вимоги до змісту, обсягу, умов та порядку, за яким надають послугу паліативного догляду. Впровадження цього стандарту дає чіткіше розуміння про відповідні функції та обов'язки соціальних працівників і не тільки.

Наразі роль соціальних працівників в окремих підрозділах системи паліативної допомоги є майже недосліджена. Це залишає велике питання, особливо у недосвідчених соціальних працівників про те, що саме і де саме їм потрібно буде виконувати свої функції.

Ця робота є **актуальною**, адже розуміння ролей, які виконують соціальні працівники під час надання паліативної допомоги, є важливим для глибшого розуміння потрібності та користі відносно включення соціального працівника до обов'язкового переліку персоналу у відділеннях надання паліативної допомоги.

**Об'єкт дослідження:** система паліативної допомоги.

**Предмет дослідження:** ролі соціальних працівників, які працюють в паліативній допомозі.

**Мета:** з'ясувати компетенції, функції та ролі соціальних працівників у сфері надання паліативної допомоги.

**Завдання:**

- розглянути систему надання паліативної допомоги;
- описати основні компетенції соціальних працівників в сфері надання паліативної допомоги;
- проаналізувати функції соціальних працівників в паліативній допомозі;

- розглянути ролі соціальних працівників у різних аспектах роботи;

## РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для пошуку літератури використовувалися пошукова система Google, а також відкриті бази даних з науковими роботами, такі як ResearchGate, Google Scholar, PubMed Central, Directory of Open Access Journals (DOAJ) та інші.

Пошук публікацій здійснювався за допомогою ключових фраз, які включали, але не обмежувалися: "palliative care", "social workers' roles", "social work competency in palliative care", "end-of-life help", "the role of social worker in end-of-life support", "social workers in hospices", "social work duties in palliative care".

Для відбору джерел було встановлено кілька критеріїв, зокрема:

- 1) Джерело повинно бути опубліковане в період з 2000 по 2023 рік.
- 2) Тема стосується паліативної допомоги, завдань та компетенцій соціального працівника в системі паліативної підтримки, послуги паліативного догляду, ролей соціальних працівників в цілому та інше.
- 3) Мова джерела є українською або англійською. Цими мовами дослідниця володіє найкраще, а тому такі тексти є найбільш зрозумілими. Окрім того, для аналізу таких публікацій не потребувалося залучення онлайн-перекладачів, якість яких є сумнівною.
- 4) Статус публікацій - загальнодоступний.

До проаналізованих джерел ввійшли:

- гайди для спеціалістів, які працюють у сфері паліативної допомоги;
- дослідження, які мають якісний та кількісний аналіз;
- законодавство;
- наукові статті з рецензованих журналів;

Пріоритетними були публікації, що датуються останніми 5-ма роками оприлюднення.

До уваги не брались публікації, які написані російською мовою або опубліковані російськими чи білоруськими вченими/науковими журналами. Причина – небажання дослідниці підтримувати держави-агресорки.

*Вибірка:*

В базах даних було визначено понад 500 публікацій.

Для дослідження було проаналізовано 120 публікацій.

Було відібрано 51 повнотекстову публікацію, які і використовувались для подальшого якісного аналізу у другому розділі дипломної роботи.

## РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Система паліативної допомоги для різних груп населення

Система надання паліативної допомоги в Україні стрімко розвивається. Ця послуга стала невід'ємною складовою Програм медичних гарантій останні 4 роки, тобто є такою, яка систематично згадується у відповідних постановах за 2019, 2020, 2022 та 2023 рр. Разом з цим відбувається постійна робота, зміни та корекція старого законодавства. Так Міністерство охорони здоров'я оновила наказ «Про організацію паліативної допомоги в Україні» (2013), уклавши новий наказ «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» (2020). У новому документі було більш детально розписано основні завдання, складові та принципи допомоги. Так, наприклад, додали пункти про спеціалізовану допомогу при туберкульозі та психічних розладах; правила знеболення та обов'язковість складання плану спостереження. Важливим удосконаленням стало виокремлення особливостей надання паліативної допомоги саме дітям.

Завдяки постійній зміні, удосконаленню та внесенню паліативної допомоги до Програми медичних гарантій можна вважати, що такий вид допомоги становить важливу та пріоритетну ланку розвитку охорони здоров'я для українських законотворців.

Для аналізу ключових структур системи паліативної допомоги спершу необхідно відзначити, що вона складається з двох великих підгруп - спеціалізованої та первинної (загальної) (The National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018). Основна відмінність полягає у кваліфікації фахівців, які забезпечують надання паліативної допомоги.

У спеціалізованій підгрупі послуги надають виключно сертифіковані спеціалісти з паліативної допомоги, які можуть бути лікарями, соціальними працівниками, медичними сестрами, капеланами та фармацевтами.



Для другої підгрупи сертифікація не є обов'язковою, і до роботи можуть бути залучені лікарі загальної практики або спеціалісти з окремих хвороб, наприклад, онкологи.

Для України цей розподіл також є актуальним, оскільки для роботи у спеціалізованій паліативній допомозі фахівець повинен успішно пройти спеціальний "тематичний цикл удосконалення", який прямо стосується паліативної допомоги (Міністерство охорони здоров'я, 2011).

У сучасній медичній практиці існує кілька основних моделей паліативної допомоги, які є безпосередніми складовими її системи. Серед них можна виділити:

- амбулаторну паліативну допомогу,
- стаціонарну паліативну допомогу,
- паліативну допомогу в громаді,
- госпісну допомогу.

(D. S. Hui & Bruera, 2020; Hassankhani et al., 2020).

Крім того, іноді окремо виділяють консультаційні групи, а також паліативну допомогу на базі сім'ї та духовно-паліативну допомогу (Hassankhani et al., 2020).

В Україні ж система надання паліативної допомоги є складною та розгалуженою. Згідно з Наказом 2016 року, існує 6 структурних підрозділів, які включають госпіс, відділення паліативної допомоги у закладах охорони здоров'я, два типи мобільних відділів, кабінет лікування хронічного болю та паліативної допомоги, а також окремий дитячий центр медичної реабілітації та паліативної допомоги. Ці підрозділи відрізняються складом та залученням міждисциплінарних команд, а також природою наданої допомоги, включаючи амбулаторні та стаціонарні послуги.

Госпіси – це один з ключових компонентів системи паліативної допомоги, які забезпечують цілодобову допомогу пацієнтам та їх сім'ям. У цих стаціонарних закладах фахівці з різних областей, включаючи консультантів, духовних лідерів, психологів та соціальних працівників, працюють разом у міжпрофесійній команді, щоб забезпечити комплексну допомогу (Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні, 2020).

Послуги паліативної допомоги на базі лікарень і госпіталів є ще одним видом стаціонарної допомоги. У таких відділеннях пацієнтам надається усестороння допомога від спеціалізованої команди професіоналів з метою зменшення симптомів та загострень хвороб (Hassankhani et al., 2020).

Амбулаторні ж відділення паліативної допомоги займаються моніторингом стану пацієнта після виписки з лікарні, а також надають консультації пацієнтам та їх сім'ям, щоб допомогти їх адаптації до домашнього оточення. (Hassankhani et al., 2020).

Амбулаторне надання паліативної здійснюється за допомогою двох типів мобільних відділів. Перший тип передбачає безпосередню підтримку пацієнтів шляхом залучення лікарів, молодших спеціалістів та інших фахівців згідно з потребами клієнтів. Цей мобільний відділ може надавати послуги, аналогічні тим, що забезпечуються стаціонарними паліативними відділами в закладах охорони здоров'я, включаючи консультування, психологічну підтримку та спеціалізовану допомогу (Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні, 2020). Другий тип мобільного відділу зосереджений на наданні спеціалізованої респіраторної підтримки пацієнтам, які потребують штучної вентиляції легень, а також консультативної підтримки доглядальників (Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні, 2020).

Згідно з Наказом 2020 року щодо удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні ще однією складовою системи, де людина може отримати підтримку, є кабінет лікування хронічного болю та паліативної допомоги, який у свою чергу є, скоріш за все, амбулаторним видом паліативної допомоги. Він був створений з метою забезпечення більшої доступності паліативної допомоги, зокрема протибольової терапії, шляхом діагностики болю та вибору методів його зменшення. Кабінет також надає консультаційну підтримку для медичних фахівців та спеціалістів інших галузей за потреби.

При аналізі української системи паліативної допомоги виявлено, що розподіл між паліативною допомогою вдома та у лікарнях не є чітким. Наприклад, відділення паліативної допомоги в закладах охорони здоров'я становить собою гібрид, який

надає як стаціонарну, так і амбулаторну допомогу, згідно з Наказом Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні (2020), коли закордонні автори відзначають це як суто стаціонарний вид допомоги (Hassankhani et al., 2020).

Для дітей передбачений окремий центр медичної реабілітації та паліативної допомоги, де спеціалісти надають психологічно-соціальні консультації, інформування та заходи паліативної допомоги, а також підтримку та супровід батьків, опікунів або осіб, які доглядають за дітьми-пацієнтами (Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні, 2020). Центр може забезпечувати як амбулаторну, так і стаціонарну паліативну допомогу.

В українському законодавстві не відзначається паліативна допомога в громаді, що є досить суттєвим недоліком. Ця послуга передбачає довготривалу допомогу, що надається за межами лікарні, та є певною точкою зіткнення стаціонарної та амбулаторної паліативної допомоги (Hassankhani et al., 2020; California HealthCare Foundation, 2017). Надання цієї послуги відбувається у відповідних центрах, в спеціалізованих будинках для громадян похилого віку або на місці проживання самого пацієнта. Водночас паліативний хворий отримує допомогу від команди спеціалістів, включаючи медичний персонал, соціальних працівників та іноді волонтерів.

На сьогодні, система паліативного догляду суттєво розвивається. Важливим досягненням української системи є запровадження та стандартизація послуги паліативного догляду через Державний стандарт паліативного догляду (2016). Особливо цей документ корисний буде паліативним соціальним працівникам, адже має прописаний стандарт надання відповідної послуги.

Послуга паліативного догляду – це комплекс заходів, що має на меті створення відповідних умов, які будуть забезпечувати комфортну та якісну життєдіяльність паліативного пацієнта. Зміст послуги ж полягає в тому, що надавач організовує денне дозвілля пацієнта, допомагає у повсякденних справах та з самообслуговуванням та навчає пацієнта навичкам, які будуть корисні для самообслуговування. Окрім цього,

до змісту обов'язків фахівців входить і юридичні та психологічні консультації, допомога з оформленням документів та транспортуванням.

Документ щодо стандарту надання послуги містить відомості про загальні підходи щодо організації та надання послуги, про підстави отримання цієї послуги, про процес визначення потреб, про відмову та погодження у наданні послуги, а також про принципи, строки та зміст послуги.

Таким чином, згідно з Державним стандартом паліативного догляду (2016), отримувач соціальної послуги або його представник (доглядальник або родич) повинні звернутися до структурних підрозділів, що займаються соціальним захистом населення, для отримання соціальної послуги. Протягом 14 днів у надавача є час, щоб прийняти рішення про надання або відмову у наданні послуги. У разі погодження працівник повинен провести оцінку індивідуальних потреб. На основі цієї оцінки надалі складається індивідуальний план щодо надання соціальної послуги паліативного догляду. Саме це і може виконувати соціальний працівник, хоча в Наказі не було зазначено конкретної посади, яка відповідальна за це.

Цей документ є важливим, адже зачіпляє зміст деяких функцій, які можуть виконувати соціальні працівники під час своєї професійної діяльності в рамках паліативної допомоги.

Отже, зважаючи на те, що паліативна допомога є важливою складовою охорони здоров'я, система паліативної допомоги є доволі розгалуженою. Вона включає різні типи закладів, які забезпечують різні рівні допомоги пацієнтам з термінальними станами, а також супроводжують та допомагають родичам чи доглядальникам. Основними типами закладів паліативної допомоги є амбулаторні, стаціонарні, госпісні та в громаді. Кожен з цих типів закладів має власну модель та підхід до надання паліативної допомоги, які залежать від потреб і можливостей кожного конкретного пацієнта. А тому це впливає на функції та ролі, які виконують соціальні працівники, працюючи у відповідних закладах

## 2.2 Компетенції соціальних працівників

Знання компетенцій є важливою складовою для глибшого розуміння ролей соціального працівника в системі надання паліативної допомоги. Компетенції пов'язані з діяльністю, яка в свою чергу пов'язана з ролями фахівця з соціальної роботи під час надання паліативного догляду, адже для виконання певних завдань, які притаманні певній ролі – працівники повинні мати відповідні компетенції.

У питанні компетенцій є одна основна складність, а саме переклад. Термін «competency» може означати як компетентності, так і компетенції. А тому, у цій роботі під компетенціями мається на увазі володіння відповідними знаннями, навичками, цінностям та когнітивними процесами, які потрібні для професійного виконання своєї роботи (С. Garthwait, 2012).

Компетенції соціальних працівників, не тільки у паліативній сфері, поділяють на 4 групи:

- Особисті компетенції – це ті, які включають в себе цінності особи, що необхідні для виконання роботи, такі як емпатія, повага та співчуття.
- Загальні компетенції – ті, які знадобляться в різних видах роботи, до якої залучається соціальний працівник, наприклад, навички усної/письмової комунікації.
- Компетенції, які необхідні для початку практичної роботи – це специфічні навички та знання, які потрібні фахівцю на початку роботи в новій сфері чи просто на перших етапах своєї практичної діяльності.
- Розширенні професійні компетенції – це ті знання та навички, які набувається в процесі практики та більш глибокого вивчення певної сфери.

(CCSWR 2012)

У галузі соціальної роботи компетенції визначаються Радою з освіти соціальної роботи (Council on social work education). Вони прописуються у документі, що затверджує відповідну освітню політику та стандарти акредитації майбутніх

соціальних працівників. Відповідно до видання за 2022 рік виділяють основні 9 компетенцій соціальної роботи. Кожна з компетенцій включає в себе знання, навички, цінності, а також когнітивні та емоційні процеси професіонала загального рівня практики.

Перша компетенція, яку виділили Council on social work education (2022) – це демонстрація етичної та професійної поведінки. Вона стосується перш за все знання соціальним працівником етичних стандартів, законів, нормативних актів та інших документів, які можуть впливати на практичну діяльність. Відповідно до цієї компетенції соціальний працівник вміє: приймати рішення щодо інтервенцій, послуговуючись етичним кодексом та державними стандартами; дотримуватись професійної поведінки на всіх етапах комунікації з клієнтом; розмежовувати свої професійні та особисті переконання та цінності; вміє доглядати за собою як в професійній парадигмі, так і в особистій; вміє аналізувати контекст через антирасистську, правову та антирепресивну парадигми. До когнітивних процесів цієї компетенції включають: розуміння соціальним працівником як його персональний досвід може впливати на професійну оцінку та поведінку; розуміння ролей інших спеціалістів під час роботи в міждисциплінарній команді; розуміння важливості оновлення багажу знань та розвитку та самовдосконалення та розуміння правила етичного використання технологій для надання соціальних послуг.

Другою компетенцією є просунутість у питаннях прав людини та соціальної, расової, економічної та екологічної справедливості. Відповідно неї від соціальних працівників вимагається знання про права людини, а також розуміння випадків історії, які передували розвитку расизму, утиску та несправедливості. До когнітивних процесів соціального працівника відповідно цієї компетенції відносять критичну оцінку розподілу влади та привілеїв у суспільстві, що має важливе значення для забезпечення расової, соціальної, екологічної та економічної справедливості. Навички, які сюди входять: уміння виступати за права людей і адвокатувати за людську гідність на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях, а також

сприяти практичній активності, спрямованій на подолання нерівності та забезпеченні рівного розподілу ресурсів та прав.

Третя компетенція – це застосування на практиці принципів протидії расизму, різноманіття, рівності та інклюзії. Знання відповідно цієї компетенції включають розуміння соціальним працівником расизму та гноблення у різних їх проявах, а також їх вплив на людський досвід. До навичок включають вміння демонструвати антирасистську та антигнобленеву парадигму у своїй практичній діяльності, та вміння застосування критичного аналізу, саморефлексії та саморегуляції для виявлення своїх особистих упереджень та привілеїв при роботі з клієнтами.

Компетенція чотири полягає у здійсненні досліджень, що ґрунтуються на практичному досвіді та практики, яка ґрунтується на наукових дослідженнях. Відповідно до цієї компетенції соціальні працівники розуміють важливість аналізу та оцінки наукових джерел для прийняття відповідного рішення та інтервенції в своїй роботі. Це навички, що стосуються практики, яка ґрунтується на наукових дослідженнях. Якщо ж говорити про дослідження на основі практики, то в цьому випадку фахівець з соціальної роботи має мати навички та знання щодо методів збору інформації в дослідженнях, способів їх інтерпретації; знають, вміють та використовують етичні, антирасистські та антирепресивні підходи під час проведення досліджень та розбудови знань. Окрім цього, фахівці з соціальної роботи вміють чітко та зрозуміло інтерпретувати та доносити результати своїх досліджень.

П'ятою компетенцією є активна участь соціального працівника у формуванні політики. Соціальні працівники використовують свої знання з різних галузей, щоб формувати політику на різних рівнях. Це може бути на рівні організації, громади, міста, держави чи міжнародному. Фахівці з соціальної роботи вміють застосовувати методики соціальної справедливості, антирасистські та антирепресивні принципи для оцінки впливу соціальної політики на надання та доступ до соціальних послуг, а також застосовувати критичне мислення для аналізу та формування політики, яка сприяє правам людини та загальній рівності.

Шоста компетенція полягає в залученні індивідумів, сімей, груп, організацій або громад до співпраці. До практичних знань відповідно цієї компетенції соціальний працівник повинен знати та розуміти практичне застосування теорій, які стосуються людської поведінки та person-in-environment. Фахівець з соціальної роботи має вміти мобілізувати клієнтів до сумісної роботи. Окрім безпосередньо навичок взаємодії з клієнтом, соціальний працівник також повинен знати та вміти застосовувати принципи міжпрофесійної взаємодії під час своєї роботи.

Сьома компетенція – це оцінювання індивідів, сім'ї, групи організації та громади. Соціальний працівник має мати розуміння про процес оцінки, як одного з важливого компонентів практичної діяльності з клієнтами. Фахівець повинен використовувати вище згадані теорії щодо людської поведінки та person-in-environment при оцінці. Окрім цього, в соціального працівника повинне бути розуміння, що оцінку не завжди треба проводити самостійно, а вона більше є спільним процесом, до якого залучаються різні спеціалісти, а тому розуміння міждисциплінарної взаємодії також є важливою і для цієї компетенції. Заключне, що фахівець з соціальної роботи вміє при оцінці виявляти потреби та проблеми, а також сильні та слабкі сторони клієнтів, і надалі на основі оцінки формувати план втручання.

Компетенцій вісім стосується безпосереднього втручання зі сторони соціального працівника. Фахівець з соціальної роботи, який володіє цією компетенцією має розуміння втручання як одного з процесів у практичній соціальній роботі. Він знає та вміє ефективно застосовувати теорії та методи, щоб задовольнити відповідні потреби клієнта. Соціальний працівник вміє аналізувати та впроваджувати в роботу інтервенції, які мають наукове підтвердження своєї ефективності.

Остання, дев'ята, компетенція полягає в оцінці практичної діяльності з індивідом, сім'ями, групами, організаціями та спільнотами. Відповідно цієї компетенції соціальний працівник вміє оцінювати процес та результати своєї роботи, щоб підвищити її ефективність, а також має відповідні знання з кількісних та якісних методів аналізу, щоб застосувати їх при оцінці своєї діяльності.



Вищеперераховані 9 компетенцій можна віднести до загальних. Вони не мають специфічної галузі діяльності, в яких вони застосовуються, адже вони створені для загального користування, незважаючи на групу клієнтів, з якими працюють соціальні працівники. У 2022 році CSWE (Council on social work education) зробила особливий акцент на антирасистських та антидискримінаційних парадигмах, які фахівці з соціальної роботи повинні вміти застосовувати в своїй практиці, а окрім цього можна побачити, що для соціального працівника важливо знати основні процеси, які відбуваються при веденні справи (оцінка клієнта, інтервенція та оцінка результатів). Ці компетенції є ключовими для всіх соціальних працівників, в тому числі в тих, хто працює в паліативній сфері.

Як було зазначено раніше, що компетенції, які стосуються більш специфічних знань та навичок називають розширені професійні. Саме їх буде розглянуто надалі. Коли говорять про компетенції соціальних працівників в паліативній допомозі, то зазвичай їх поділяють на декілька «сфер», що об'єднують в собі відповідні навички та знання (Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021).

Перша сфера компетенцій стосується принципів паліативної допомоги. Паліативний догляд має свої правила і принцип, а тому професіонали, які працюють в ньому мають знайти про них. Наприклад, соціальним працівникам екстреної служби медичної допомоги "Alberta" рекомендують ознайомлюватись з наступними принципами перед початком роботи з паліативними пацієнтами: допомога відбувається з орієнтацією на пацієнта та його сім'ю; до догляду повинен бути рівний доступ; система надання допомоги є спільною та інтегрованою; повинна відбуватись комунікація та обмін інформацією; безпека пацієнта - пріоритет; допомога повинна бути етичною та якісною; повинні бути чітко визначені моделі управління та адміністрування (Covenant Health, 2020). Окрім знання принципів, в цій сфері виділяють ще 7 основних компетенцій (Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021). Ці компетенції включають:

- розуміння бар'єрів, які можуть виникати в процесі надання допомоги;

- використання голістичного підходу до пацієнтів;
- розуміння того, як різні медичні стани можуть впливати на життя пацієнта та його сім'ї;
- вміння визначати та вирішувати потенційні психологічні, духовні та соціальні стресори;
- розуміти та ідентифікувати стани, які створюють обмеження для повноцінного життя людини;
- мати розуміння щодо залучення до роботи мультидисциплінарної команди;
- розуміти важливість залучення сім'ї, друзів, членів родини в процес допомоги в рамках паліативного догляду.

Як можна побачити, що в цю сферу компетенцій входять не тільки безпосереднє знання та розуміння принципів, а також навички їх застосування.

Комунікація – це друга діяльність соціального працівника навколо якої створили наступну сферу. Спілкування та комунікацію є важливою частиною роботи фахівця з соціальної роботи під час надання послуги паліативної допомоги. Часто робота соціального працівника спрямована на надання послуг саме через комунікацію, це і надання інформації пацієнтам або членам їх родин, підтримка їх та зменшення емоційного дискомфорту, що може виникнути через стан хворого чи погані новини, які стосуються його загального самопочуття, і роз'яснення пацієнту та членам їх сім'ї медичної термінології, і оцінка потреб (Covenant Health, 2020; Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014). Якщо ж говорити про конкретні компетенції, які входять до цієї сфери, то їх виділяють наступні:

- розуміння важливості ефективної комунікації в паліативній сфері;
- сприяння терапевтичних відносин між пацієнтами та спеціалістами завдяки застосуванню навички емпатії;
- адаптація стилю комунікації відповідно співбесідника, наприклад, спілкування з дітьми буде відрізнятись від комунікації з дорослими особами;
- вміння повідомляти про важкі та болючі новини та підтримувати осіб в ці моменти;

- підтримування пацієнтів під час нового етапу розвитку хвороби;
- вміти виступати посередником між пацієнтом та іншими спеціалістами, передаючи всі побажання клієнта;
- допомагати та підтримувати пацієнтів або представників родини під час процесу прийняття рішення.

(Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Таким чином, комунікація є важливою частиною як роботи безпосередньо з пацієнтами, так і під час співпраці з колегами. Перераховані компетенції є невід'ємною частиною навичок та знань, якими повинен володіти соціальний працівник, щоб ефективно виконувати свою роль в процесі надання паліативної допомоги.

Наступна сфера компетенцій, яку виділяють міжнародні науковці, стосується оптимізація комфорту та якості життя пацієнта. Це довгий процес, який здійснюють для задоволення психологічних, соціальних, духовних та фізичних потреб пацієнтів або членів їх сімей. Він є доволі комплексним і включає в себе оцінку потреб, запобігання проблем та реагування на відповідні запити клієнта (Covenant Health, 2020; Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014). В цю сферу включають наступні компетенції соціальних працівників:

- визначення змін у стані пацієнта і передчасне реагування на ці зміни;
- оцінка симптомів та потреб пацієнта;
- навчання та підтримка само-опіки пацієнта чи членів сім'ї;
- підтримка гідності;
- забезпечення своєчасного доступу до спеціалізованих паліативних послуг;

(Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

У сферу компетенцій, що стосуються оптимізації та покращення якості життя пацієнта входять багато навичок та знань, що відповідають ролі кейс-менеджера/керівника випадку, про яку буде говоритись в наступному розділі.

Планування допомоги та колабораційна практика – це наступна сфера, яка об'єднує декілька компетенцій, яку виділяють у закордонній літературі. Відповідно до визначення, яке дає служби медичної допомоги “Alberta”, планування догляду – це практика, яка вимагає спільної роботи різних спеціалістів і полягає в адресному та інтегрованому пацієнтоцентрованому догляді (Covenant Health, 2020). До компетенцій саме соціального працівника входять наступні компетенції:

- розуміння ролей під час співпраці в мультидисциплінарній команді;
- підтримування пацієнта в процесі прийняття рішень, адже іноді, люди з термінальними хворобами можуть втрачати цю здібність;
- адвокатувати бажання та права пацієнтів та членів їх родин;
- оцінювати та забезпечувати допомогу щодо активностей, які стосуються повсякденного життя пацієнта;
- розуміти теорії, що стосуються взаємодії, а також впливів на них втрати, змін, розділення та прив'язаності;
- оцінювати ризики втрати;
- займати лідерську позицію у міждисциплінарній команді, яка веде випадок.

(Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Наступну групу компетенцій відносять до сфери втрати та горя. Звичайно, що працюючи в сфері паліативної допомоги, фахівцям з соціальної роботи треба буде мати справу з втратами та допомогою сім'ям пацієнта справлятися з ними, саме тому була виділена низка компетенцій, які мають мати соціальні працівники для ефективного виконання своїх обов'язків. Наукові іноземні джерела Palliative Care Competence Framework Steering Group (2014); Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada (2021) виділяють наступні компетенції:

- ідентифікація ускладненої реакції на горе;
- підтримка різних проявів поведінки внаслідок втрати;
- фасилітація послуг підтримок;
- підготовка членів сім'ї, особливо найбільш вразливих, до втрати;
- мати розуміння різних теорій щодо втрат та горя;
- слідкувати за станом команди та розробити стратегії для самопідтримки;
- вміння рефлексувати щодо свого особистого стану та емоцій на смерть, захворювання чи втрату.

Важливими також є компетенції, які стосуються діяльності професіоналів з соціальної роботи під час останніх днів або годин пацієнтів. До цих компетенцій входять:

- підтримка бажаних ритуалів, що стосуються смерті. Це можуть бути заздалегідь розроблені з сім'єю або пацієнтом протоколи чи обговорені практики.
- розуміння та ідентифікація симптомів та знаків, які можуть означати скору смерть;
- забезпечення відповідною підтримкою членів сім'ї та пацієнта;
- допомога пацієнту та членам родини підготуватись до моменту смерті.

(Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Ще однією сферою, яка потребує комплекс компетенцій є забезпечення професійної та етичної практики. Вже згадувалось про забезпечення гідності та поваги до пацієнта, а тому треба також додати і компетенції, які будуть забезпечувати саме професійність у практиці. До цієї сфери включають:

- демонстрацію знання сучасної політики стосовно паліативного догляду та надання соціальних послуг;
- дотримання стандартів та правил установи, в якій надається паліативна допомога;
- вміння зберігати професійні межі;

- поважати та звертати увагу на бажання та рішення клієнтів.

(Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

І останньою сферою компетенцій, які стосуються безпосередньої взаємодії з пацієнтами, є культурна безпека та гуманність. Культурна безпека - це процес, який стимулює пацієнта відчувати себе безпечно, без будь-якого страху осуду та дискримінації (Covenant Health, 2020). Вона базується на повазі до пацієнта, вираження окремої поваги до його переконань, поведінки та цінностей, а також на забезпеченні партнерських взаємин між пацієнтом і соціальним працівником під час спільної роботи. До відповідної компетенції входять:

- ідентифікація та підтримка унікальних потреб чи вимог пацієнта, відповідно до його релігійних чи культурних переконань;
- проведення саморефлексії для виявлення персональних упереджень;

(Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Ці компетенції є важливими, адже зосереджують увагу соціального працівника на важливості різноманітності та поваги до неї, особливо в таких інтимних моментах як смерть.

Наступні сфери компетенцій стосуються або безпосередньо соціального працівника, або ж міждисциплінарної команди. Це сфери догляду за самим собою, освіта, оцінка та дослідження.

Сфера догляд за самим собою або ж self-care. До даної компетенції входять навички та знання, які соціальний працівник застосовує безпосередньо щодо самого себе:

- рефлексування щодо впливу роботи з людьми, які помирають, а також з їх сім'ями, на стан та поведінку себе як професіонала, а також і членів міждисциплінарної команди;
- навчання колег технікам самопідтримки та стійкості;
- знання та стратегій для покращення самопочуття;

(Covenant Health, 2020; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Так як робота в паліативній сфері може бути морально виснажливою, то слідкування за своїм особистим емоційним та психологічним станом є важливим для збереження себе від вигорання.

Сфера освіти та відповідні компетенції полягають в тому, що соціальний працівник бере участь у навчанні паліативній допомозі, наприклад, виступає у ролі ментором для волонтерів, медичних працівників та громадського сектору (Covenant Health, 2020).

До сфери оцінки відносять оцінювання результатів роботи, гайдів та стандартів державного рівня чи ж рівня установи, а також прийняття участі у створенні інструкцій та посадових обов'язків для інших професіоналів (Covenant Health, 2020; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021).

До сфери дослідження вносять компетенцію, яка звучить як: прийняття участі або ж самостійне проведення досліджень (Covenant Health, 2020; Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021)

Отже, в соціальній роботі виділяють 9 основних компетенцій, які притаманні всім фахівцям, які надають послуги на посаді соціального працівника. До них включають демонстрацію етичної та професійної поведінки, просунутість у питаннях прав людини та соціальної, расової, економічної та екологічної справедливості, застосування на практиці принципів протидії расизму, різноманіття, рівності та інклюзії, здійснення досліджень, що ґрунтуються на практичному досвіді та практики, яка ґрунтується на наукових дослідженнях, активна участь соціального працівника у формуванні політики, залучення індивідуумів, сімей, груп, організацій або громад до роботи, оцінювання індивідів, сім'ї, групи організації та громади, втручання зі сторони соціального працівника, оцінка практичної діяльності з індивідом, сім'ями, групами, організаціями та спільнотами. Розширені компетенції, які є професійно орієнтовані на фахівців з соціальної роботи, які працюють в паліативній сфері, включають в себе багато навичок та знань, які важко коротко перелічити. А тому було створено поділ на декілька сфер відносно основних діяльностей соціального працівника в рамках надання послуг у системі паліативної

допомоги. Це сфери принципів паліативної допомоги, комунікації, оптимізації комфорту та якості життя пацієнта, планування допомоги та колабораційної практики, роботи з втратою та горем, діяльності професіоналів з соціальної роботи під час останніх днів або годин пацієнта, забезпечення професійної та етичної практики, культурної безпеки та гуманності, догляду за самим собою, освіти та оцінки, а також сфери дослідження. Таким чином можна помітити, що лише сфер компетенцій виділяють 12, до кожної з них входять декілька відповідних навичок та знань, які повинні мати соціальні працівники.

А тому, можна зробити висновок, що для ефективного виконання своїх обов'язків та підтримки якісного рівня надаваних послуг, фахівець з соціальної роботи повинен мати великий багаж знань та навичок, щоб вміти виконувати різні завдання на різних етапах роботи.

### **2.3 Ролі соціальних працівників під час роботи з пацієнтами та їх родичами**

Соціальний працівник являє собою одного з ключових фахівців, яких залучають до роботи з паліативними пацієнтами. Згідно з дослідженням Bitschnau et al. (2020), найбільшу кількість таких спеціалістів знайдено серед працівників госпісів та відділень надання паліативної допомоги у лікарнях.

Слід зауважити, що соціальна робота є унікальною та ролі будуть варіюватись від сфери її застосування. Працівник акцентує та пріоритезує свою роботу в залежності від послуг, які потребує людина у складних життєвих обставинах. Визначається широкий спектр діяльностей, які входять до складу паліативної соціальної роботи, такі як: підтримка у плануванні догляду, просування інтересів пацієнта та його родини, проведення навчальних семінарів для громади, надання консультацій та психотерапевтичної підтримки для окремих осіб, пар та сімей, а також втручання у кризові ситуації (Watts, 2013).

Не існує однієї сталої класифікації розподілу ролей в соціальній роботі.



В зарубіжній літературі виділяють основні ролі соціального працівника, які варіюються відповідно до завдань та рівня компетенції спеціаліста. Перелік ролей є універсальним для всіх сфер зайнятості соціального працівника. У своїх роботах дослідниця Лена Домініеллі (2009) та професор Асквіт Стюарт та інші (2005) виділяють наступні:

- фасилітатор – фахівець, який допомагає іншим досягти їх поставлених цілей через налагодження роботи групи або співпраці між групами;
- гайткіпер – фахівець, який надає або навпаки забороняє доступ до соціальних послуг;
- регулятор – фахівець, який контролює неприйнятну поведінку, щоб зберегти соціальний порядок, а також мінімізує можливість шкоди, яку клієнт може завдати сам собі або оточуючим;
- адвокат – фахівець, який адвокатує від імені клієнта;
- радник – фахівець, який працює безпосередньо з клієнтами та допомагає справитись з персональними потребами;
- менеджер з догляду – фахівець, який організовує послуги, але в той же самий час майже немає прямого контакту з отримувачами цих послуг;
- агент соціального контролю – зберігає соціальну систему від впливу осіб з проблематичною поведінкою;
- партнер – фахівець, який працює разом з людиною або групою людей в складних життєвих обставинах.
- оцінювач ризику та потреб – фахівець, який спостерігає за клієнтом, а також проводить оцінку потреб.

Як можна помітити, що різниця полягає у функціях, які виконують фахівці з соціальної роботи, приймаючи на себе ту чи іншу роль. Звичайно, що один соціальний працівник може поєднувати або періодично змінювати свої ролі. Це може залежити від випадку, з яким працює професіонал, або ж напрямку самої роботи/організації.

Відповідно до дослідження Тетяни Семигіної (2020), можна виділити 5 основних груп ролей: практичні, посередницькі, управлінські, дослідницькі та сервісні ролі (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

## Групи ролей соціального працівника



(Семигіна, 2020)

До практичної групи ролей відносять ті, які сприяють підвищенню здатності пацієнтів до саморозвитку та наснажують їх на подолання своїх проблем чи труднощів (Семигіна, 2020). До цієї групи входять ролі: вчитель соціальних умінь, вуличний соціальний працівник, помічник клієнта, соціальний менеджер, фасилітатор, аніматор та консультант (Семигіна, 2020; Сидоров 2008). В. Сидоров (2008) дає наступні визначення кожній з ролей. Вчитель соціальних умінь займається безпосереднім навчанням клієнта відповідним навичкам, наприклад, комунікативним, або ж розвиває вміння людини розв'язувати кризові ситуації, а також розвиває адаптивні вміння клієнта. Роль консультанта буде розглядатись в сфері конкретної підтримки, коли фахівець допомагає пацієнту чи членам його сім'ї з вирішенням проблем, та наснажує до самостійної роботи над цими проблемами. Аніматор – це організатор дозвілля пацієнтів, який реалізовує розвиток клієнтів у їх вільний час. Роль

соціального менеджера направлена саме на взаємодію соціального працівника зі співробітниками. В цю роль включають реалізацію програм, що стосуються залучення нових співробітників до роботи, допомога їм в адаптації до нового місця роботи. А також соціальний працівник відповідно цієї ролі повинен підтримувати та стимулювати самоосвіту в колективі, навчати співробітників та надавати їм допомогу. Роль помічника клієнта характеризується діяльністю, яка направлена на забезпечення гідного існування пацієнтам. Ця роль може втілюватись як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади. Якщо ж ми говоримо про індивідуальний рівень, то це, відповідно до законодавства, може бути догляд вдома або послуга підтриманого проживання, вимоги до такої допомоги прописані в Законі про соціальні послуги (2019) або ж в державних стандартах: про затвердження Державного стандарту догляду вдома (2022); про затвердження Державного стандарту соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю (2022).

Група посередницьких ролей має мету в координації пацієнтів з відповідними службами чи спеціалістами, які надають потрібну допомогу. Сюди включають керівника випадком і брокера (Семигіна, 2020; Сидоров 2008). Мета ролі брокера – залучення чи перенаправлення пацієнта або членів сім'ї до відповідної послуги чи спеціаліста, який цю послугу міг би надати. Коли соціальний працівник є керуючий справою, то він самостійно повинен забезпечити клієнта відповідною послугою. Цей фахівець повинен спланувати, скоординувати та проконтролювати процес надання потрібної допомоги.

Наступною групою є управлінські ролі. Вона має на меті забезпечення ефективною та гідною допомогою. В цій групі виділяють наступні ролі як: упорядник робочого навантаження, лідер команди, керівник персоналу, адміністратор та координатор. Всі ці ролі стосуються більше командної роботи та управління іншими спеціалістами, а тому про них більш детально буде розказано в наступному підрозділі, який буде стосуватись ролей соціальних працівників при роботі з іншими спеціалістами при наданні паліативної допомоги.

Група дослідницьких ролей покликана для створення наукової бази. До цього блоку включають роль безпосередньо дослідника, аналітика та розробника програм. Ролі стосуються поповнення та розширення знань соціальних працівників, проведення досліджень та створення нових програм. Якщо пригадати компетенції соціальних працівників в паліативній сфері, то там також зазначалось, що соціальний працівник повинен проводити чи брати участь в дослідженнях, саме в ролях цієї групи ця компетенція проявляється найкраще.

Група сервісних ролей включає в себе керівника практики та супервізора. Перший залучає та допомагає ознайомитись з практикою студентів вищих навчальних закладів. Супервізор в свою чергу допомагає професійному розвитку колег.

В загальному, ролі соціальних працівників в паліативній сфері детермінуються обов'язками та завданнями, які вони виконують безпосередньо на своєму робочому місці. Кількість активностей фахівців з соціальної роботи в паліативній сфері є значною, тому вони можуть бути поділені на умовні категорії. Зокрема, у своєму дослідженні Barbara Head та інші (2019) виділила 3 основні групи діяльностей, що виконують соціальні працівники під час роботи з пацієнтами та їх родичами в рамках надання паліативної допомоги.

Перша група – це оцінка та переоцінка. Вона включає широкий спектр дій і може бути умовно розбита на кілька вимірів. Ці виміри включають оцінку потреб та стану пацієнта, як фізичного, так і психологічного, оцінку ресурсів та потреб сім'ї або доглядальників, а також оцінку впливу наданих послуг на самопочуття пацієнта. Відповідно цих завдань соціальний працівник може виступати в ролі консультанта за Семигіною (2020) або ж оцінювачем ризику та потреб за Доміnellі (2008). Оцінка потреб є важливим етапом, який повинен проводитись постійно перед початком основної роботи чи будь-якої інтервенції, цей процес може йти доволі довго, а інформація про пацієнта та сім'ю може постійно оновлюватись. Так, наприклад, в одному з випадків описаному Social Care Institute for Excellence (2016) соціальний працівник повинен був протягом тижнів вести спочатку телефонні бесіди, постійно оновлюючи інформацію про потреби пацієнтки (Kate) та її сім'ї, перед тим як

налаштувати відповідний контакт, щоб мати змогу відвідати сім'ю персонально для більш детальної оцінки як пацієнта, так і членів сім'ї, з якими не міг спілкуватись телефоном, а саме дітьми.

Наступною групою є планування та інтервенція. Цей блок діяльностей представляє собою основні функції, які притаманні більшості ролей соціального працівника в паліативній сфері. Серед активностей можна відзначити функції: адвокації бажань та прав клієнта, фасилітації міжособистісної взаємодії, навчання пацієнта та його сім'ї, емоційної підтримки, розбудови коупінг-механізмів та постановки цілей. До важливих завдань також належить постійний моніторинг стану пацієнта, допомога з медичною термінологією, відвідування пацієнта, супроводження під час переміщення, перенаправлення до інших підрозділів, консультування пацієнтів, допомога з плануванням поминок та кейс-менеджмент. Така діяльність якраз висвітлює практичну сторону роботи соціального працівника з пацієнтами та їх сім'ями.

На основі другої групи діяльностей можна виділити наступні ролі: заохочувач або фасилітатор, консультант, тренер та доглядач. Але також важливо зазначити, що на цьому етапі соціальний працівник також виступає керівником випадку, адвокатом, аніматором та брокером, партнером чи радником. Таке різноманіття ролей залежить від того, що інтервенції, які будуть проводитись детермінуються потребами пацієнтів та їх член родин. Так, наприклад, якщо знову звернуть до випадку, який описали Social Care Institute for Excellence (2016). Після доволі довгого процесу оцінки потреб та налагодження стосунків з Kate соціальний працівник почав вести інтервенції щодо її запитів. Перш за все, він виступав у ролі фасилітатора у співпраці з представниками школи, даючи поради та підтримуючи персонал школи, в яку ходять діти пацієнтки. Також соціальний працівник у рамках цього випадку займав роль і адвоката, звертаючись до державних структур з проханням передати старшій дочці право на опіку над іншими дітьми. На цьому етапі соціальний працівник також паралельно виступав знову в ролі фасилітатора, а також керівника випадку, залучаючи до нього інших спеціалістів, як от соціального працівника у справах дітей для проведення

оцінки стану сім'ї, щоб дізнатись чи можливо передати права опікунства на старшу дочку, або ж державного соціального працівника, який працював у місцевій організації, який допоміг з адміністративними питаннями встановлення опіки (Social Care Institute for Excellence, 2016). Роль адвоката загалом полягає в допомозі пацієнту отримати доступ до потрібних медичних послуг, права на отримання доступу до медикаментів, які можуть допомогти зменшити біль, виступати від лиця пацієнта задля забезпечення отримання якісних та бажаних послуг (Bern-Klug та ін., 2001). Роль аніматора також є важливою, особливо для людей, які отримують послугу паліативної допомоги безпосередньо в лікарні. Так в Україні є показовий випадок реалізації на практиці проєкту залучення до паліативних відділень «лікарняних клоунів». Лікарняні клоуни – це волонтери-аніматори, які намагаються своїми зусиллями зробити період перебування людей в лікарні менш психологічно важким. В інтерв'ю директорки фонду паліативної допомоги «ЛаВіта» Марини Лободіної, вона пояснює важливість залучення аніматорів до спілкування з паліативними пацієнтами: *«Радість від спілкування і від того, що в людині бачать особистість, а не об'єкт для медичних маніпуляцій»* (Кривко, 2021, с.1). Перебування в лікарнях і справді може бути доволі виснажливим, особливо, коли пацієнту необхідно виконувати багато медичних процедур. Саме тому відволікання на більш позитивні емоції є важливим для загального благополуччя пацієнтів (Кривко, 2021). Але не треба розцінювати з назви, що лікарняні клоуни – це лише певна вистава чи свято, хоча волонтери і вдягають в костюми, але основною метою є приділення людям уваги, підтримки та спілкування. В інтерв'ю для видання «Радіо Свобода» Олена, лікарська клоунеса, наводить приклад своєї взаємодії з деякими з пацієнтів: *«...я підходжу до інших. Тих, з якими треба просто спокійно поговорити, вислухати, показати, що вони важливі»* (Патрікеєва, 2019, с.1). Отже, ця діяльність більше схоже на психологічний захід, який допомагає пацієнтам відпочити та відволіктись від щоденних тривог та страждань, які пов'язані з хворобою та перебуванням у лікарні.

Третя, остання, група діяльностей пов'язана зі смертю, горем та втратою. Вона включає в себе, перш за все, роботу з родиною та близькими пацієнта, які отримують від соціального працівника допомогу на всіх етапах скорботи, підтримку в часи

втраги та консультування щодо почуттів, які пов'язані зі смертю близької людини. Крім того, важливою частиною цієї діяльності є підготовка до процесу помирання. Це підтримуюча робота безпосередньо з пацієнтом. Вона включає в себе допомогу з отриманням гідної смерті, а також забезпечення всіх культурних та релігійних аспектів, пов'язаних з прощанням чи процесом помирання. Важливі функції та ролі соціальних працівників в останні дні життя пацієнтів заслуговують на увагу. Дослідження, що було проведене Асоціацією паліативних соціальних працівників у 2018 році, підкреслює необхідність швидкого реагування на потреби, які виникають у пацієнті в цей період. Особливо важливим є захист прав та повага до особистості пацієнта до кінця його життя. Згідно з цими функціями, соціальний працівник виступає в ролі фасилітатора, доглядача, адвоката та консультанта. Всі ці ролі є надзвичайно важливими для забезпечення комфорту та повного задоволення потреб пацієнта в останні дні його життя. Підтримка пацієнта та розмова з ним про смерть є невід'ємною частиною роботи паліативного соціального працівника. Для фахівця важливо знати бажання клієнта та його релігійні переконання, для створення та втілення бажаного плану прощання та поховання. Так, повертаючись до випадку Kate соціальний працівник заздалегідь проговорив всі деталі з пацієнткою, коли її самопочуття почало погіршувалось, щоб забезпечити відповідні умови для його втілення: *«Кейт хотіла бути вдома якомога довше, але останні кілька днів хотіла прийти в госпіс, оскільки не хотіла померти вдома на очах у своїх дітей»* (Social Care Institute for Excellence, 2016, с.1). Бувають і більш специфічні запити, яких також треба дотримуватись, наприклад, як у випадку з Anna у госпісі Eden Valley (Ziauddin, 2023). Вона попросила, що коли вона буде помирати, вікно в її палаті були відкриті, щоб її душа могла покинути кімнату. Окрім цього, вона попросила принести її котів до лікарні, щоб попрощатись з ними.

Але втілення побажань щодо процесу помирання та прощання допомагає не тільки пацієнту, а і родинам. Для того, щоб процес смутку пройшов більш легше важливо дотримуватись тих побажань, які були озвучені пацієнтом, адже це може стати підтримуючим матеріалом для їх сім'ї, як, наприклад, у випадку з сім'єю Kate: *«Сім'я досить добре справляється, повільно приходить до прийняття смерті Кейт, всі*

*знають, що вони дотримувалися її бажань, робили все можливе, щоб її підтримати і були з нею, коли вона померла»* (Social Care Institute for Excellence, 2016, с.1). В такі моменти соціальний працівник виступає фасилітатором та адвокатом, коли діяльність стосується організації похорон чи прощання. Відповідно до побажань пацієнтів та членів родини фахівець може комунікувати з представниками відповідних похоронних бюро. Але також виступає і консультантом, коли надає підтримуючі розмови та емоційну допомогу сім'ям та родичам померлих.

Проаналізувавши вищезазначені завдання та види діяльності соціальних працівників, можна зробити висновок, що ролі, які найбільше зустрічаються, стосуються саме практичних та посередницьких груп.

Звичайно, один соціальний працівник може поєднувати або періодично змінювати свої ролі у залежності від випадку, з яким він працює, або від напрямку самої роботи/організації. Функції можуть змінюватись від типу захворювання, яким хворіє пацієнт, а також від інших соціальних чинників, таких як наявність у нього сім'ї чи родичів та інші.

Отже, соціальний працівник, який працює у системі паліативної допомоги, повинен виконувати широкий спектр функцій у межах своїх обов'язків. Ці функції детермінують ролі фахівця з соціальної роботи, які, в свою чергу, можна розподілити на шість основних категорій: практичні, посередницькі, сервісні, управлінські, та дослідницькі. Ролі не є сталими, вони можуть змінюватись у залежності від пацієнта, іноді соціальному працівнику доводиться працювати в декількох ролях одночасно, навіть з одним пацієнтом.

При наданні паліативної допомоги пацієнту, сім'ї або доглядальникам соціальні працівники найчастіше виконують практичні та посередницькі ролі. Це можна пояснити тим, що група клієнтів, які найчастіше зустрічаються в паліативній сфері, потребують безпосередньої інтервенції, яка вимагає особистої залученості соціального працівника. Це наступні ролі: консультант, фасилітатор, адвокат, радник, оцінювач ризику та потреб, аніматор, керівник випадку та брокер.



## 2.4 Ролі соціальних працівників у складі мультидисциплінарної команди

Робота в команді є невід’ємною складовою надання паліативної допомоги. У команду спеціалістів, яка співпрацює заради надання ефективної та повноцінної допомоги входять: лікарі, соціальні працівники, психологи, юристи, медсестри, капелани, фармацевти та інші (Наказ, 2016; Hui & Brueger, 2020). Залучення такої команди до процесу паліативної допомоги є важливим, адже не завжди компетенції одного спеціаліста вистачає на задоволення всіх потреб клієнта.

В зарубіжній літературі виділяють три види командного підходу: *interdisciplinary*, *multidisciplinary* та *transdisciplinary*. Окрім цього, у низці наукових робіт сучасних років почали використовувати ще і “*interprofessional team*” (Walter et al., 2021; Pornrattanakavee et al., 2022). Іноді ці терміни можуть вживати як синоніми, але між ними є різниця, що значно відрізняє їх та є важливою при внутрішньо груповій динаміці команди.

Мультидисциплінарна (*multidisciplinary*) команда є найбільш вживаною саме в клінічній практиці. В цьому типі взаємодії чітко розділені професійні ролі та завдання, є визначний лідер команди, кожен з членів має чітко визначене місце в системі надання допомоги, інтервенції кожного члена команди проходять без втручання інших, наприклад, оцінка потреб також може проводитись різними спеціалістами окремо, незалежно один від одного (Ellis & Sevdalis, 2019, Rosenfield, 1992, Smart, Smith, 2013). Опис саме такої форми роботи можна найчастіше побачити в наукових доробках щодо команди паліативної допомоги.

Міждисциплінарна (*interdisciplinary*) команда складається з фахівців, які працюють в основному самостійно, але в той самий час вони постійно обмінюються інформацією та разом складають загальний план дій для пацієнта, лідером команди стає той, кого компетенція найбільш релевантна для певного завдання (Crawford & Price, 2003; Ellis & Sevdalis, 2019). Основною відмінністю від першої моделі роботи є визначені спільні цілі та план роботи, підхід роботи в команді побудований на обміні інформацією, а лідер може змінювати відповідно до завдання. Міждисциплінарна команда

паліативної допомоги вирізняється тим, що спеціалісти зможуть не тільки надати медичну послугу, а і оцінити фізичний і психологічний дистрес, встановити більш точні цілі догляду, забезпечити ефективну підтримку та приймати більш складні та широкі рішення (Shibata et al., 2021).

Трансдисциплінарна (transdisciplinary) команда полягає у певному перетині чи зливанні спеціалістів та їх ролей. Всі члени команди діляться між собою знаннями та відповідальністю. Саме в такій моделі командної роботи спеціалісти найчастіше розширюють свої знання з інших дисциплін, щоб бути ефективними під час інтервенції (Innes et al., 2016).

В системі надання паліативної допомоги виділяють два види команд: перша – первинна медична допомога, друга – бригада спеціалістів (Henderson et al., 2019). Спеціалізована команда, це другий вид, надає послуги зазвичай в лікарнях або хоспісах, коли первинна команда, перший вид, працює в громадах (Carey et al., 2019). Соціальний працівник може бути частиною кожною з них.

Найбільше досліджень про застосування міждисциплінарного підходу можна знайти в царині паліативної допомоги хворим саме на рак. Більшість з них описували позитивний досвід з надання паліативної допомоги саме мультидисциплінарною командою, а саме збільшення шансів на виживання та виліковування пацієнтів, є більш чітке установлення цілей та ефективніше полегшення болю завдяки кращому та швидшому діагностуванню (Kowalczyk & Jassem, 2020; Pornrattanakavee et al., 2022; Walter et al., 2021).

Можна припустити, що під час своєї практичної діяльності в сфері паліативної допомоги, соціальний працівник найчастіше буде взаємодіяти з спеціалістами або в рамках міждисциплінарної команди, або ж під час одиночного залучення у разі потреби для допомоги пацієнтам.

Так як паліативна допомога охоплює різні сфери життя людини (психологічну, соціальну та фізичну), то соціальний працівник є невід’ємною частиною команди, коли надаються послуги паліативного догляду.

В минулому розділі говорилось про ролі соціального працівника при роботі з пацієнтами чи їх сім'єю. Але також в своїй професійній діяльності, фахівець з соціальної роботи буде взаємодіяти і з представниками інших професійних сфер.

Gwyther et al., 2005 у своїй роботі виділяю декілька навичок соціального працівника, які можуть підтримати та вдосконалити команду роботу.

Перша навичка – це ефективна комунікація з командою. Як було зазначено раніше, що комунікація є важливою частиною роботи паліативного соціального працівника. Окрім того, що цей процес відбувається постійно з самим пацієнтами і членами їх сімей, так і безпосередньо з членами команди. Передача та обмін інформації, налагодження командної роботи, розв'язування конфліктів та допомога прийти до консенсусу під час створення плану втручання, а також становлення лідером у разі потреби є основними задачами фахівця з соціальної роботи під час безпосередньої комунікації з колегами (Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014).

Друга навичка включає в себе надання команді поради, щоб розставити пріоритети при наданні допомоги. Так як соціальний працівник багато та часто спілкується з пацієнтом та має доволі широке знання щодо загальної ситуації та його стану, а також має інформацію стосовно побажань пацієнта, то звичайно, що такі знання зможуть допомогти розставити пріоритети під час складання плану втручання, щоб він був максимально комфортний для пацієнта (Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014).

Третя навичка стосується створення нових методи інформування пацієнта та його сім'ї стосовно можливих діагнозів чи розвитку подій. Як вже зазначалось раніше, що одним з обов'язків соціальних працівників є повідомлення сім'ї та пацієнту часто сумних новин, а тому у нього в арсеналі компетенцій повинні бути методи комунікації саме такої інформації (Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014).

Четверта навичка - це допомога команді в кризових ситуаціях. Це стосується підтримки членів команди, коли вони стикають з різними видами труднощів, як, наприклад, суїцидальні думки, зловживання речовинами, тривожність та/або вигорання. Соціальний працівник відповідно своїх компетенцій має потрібні знання

для створення простору для особистого догляду (self-care) та взаємопідтримки між колегами.

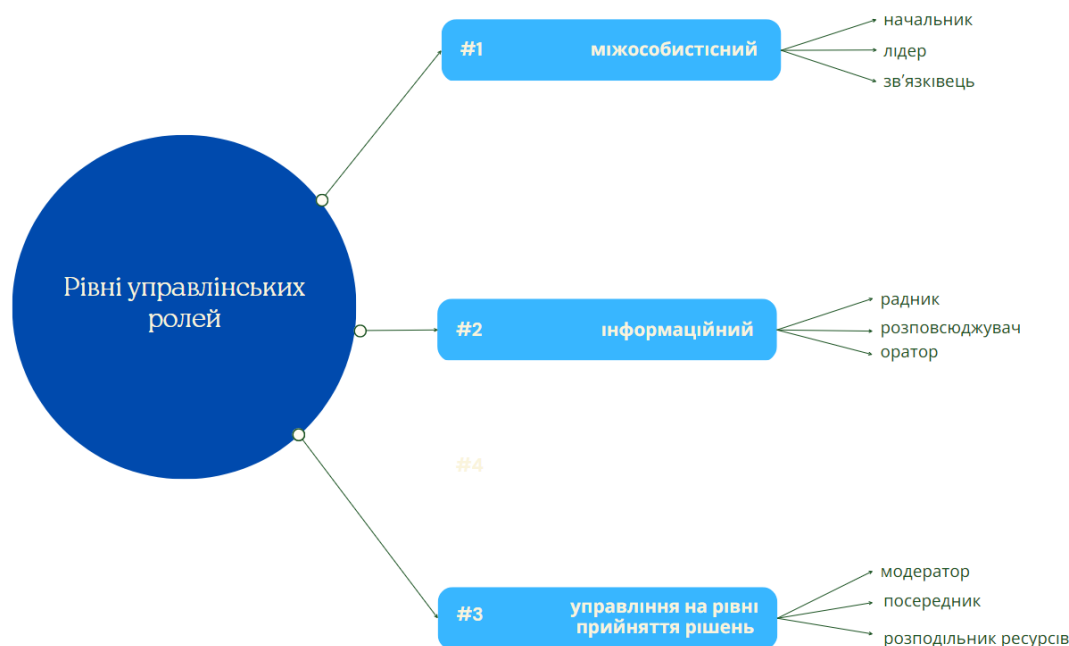
Дослідження, яке проводилось в новій Зеландії на основі інтерв'ю з 16 соціальними працівниками, які працюють в лікарні, підкреслило декілька функцій соціального працівника під час роботи/зустрічі мультидисциплінарної команди (Giles, 2016):

- врахування широкого соціального контексту під час розгляду плану втручання, щоб він в подальшому негативно не впливав на добробут пацієнта;
- модерація та фасилітація дискусії між спеціалістами та пацієнтом або його сім'єю;
- утримування в центрі уваги дискусії потреб пацієнта.

Відносно вищенаведених функцій, соціальний працівник може виконувати ролі, які походять з двох різних груп. Перша – посередницька, а саме захисник прав пацієнта або ж адвокат. Друга – координатор, адміністратор та керівник.

Як вже зазначалось раніше, що роль соціального працівника в більшості своїх випадків детермінується через функції, які він виконує в тій чи інакшій ситуації. Так само ролі виникають і при роботі з іншими спеціалістами. Раніше в роботі вже зазначалось про різні групи ролей соціального працівника. Саме управлінська роль є тою, що направлена на співпрацю з колегами.

Сидоров В. (2008) виділяє три рівні управлінських ролей: перший – міжособистісний (соціальний працівник виступає начальником, лідером чи зв'язківцем), другий – інформаційний (соціальний працівник виступає радником, розповсюджувачем чи оратором), третій – управління на рівні прийняття рішень (соціальний працівник повинен модерувати конфлікти, розподіляти ресурси та бути посередником) (див. рис. 2.1).



(Сидоров,  
2008)

Роль лідера команди має на меті побудувати і зберігати ефективну та стабільну взаємодію в команді (Семигіна 2020, Сидоров, 2008). Лідер команди повинен розподіляти роботу та ресурси в середині команди, створювати зустрічі, встановлювати спільні цілі та задачі для команди, регулювати конфлікти та стосунки у команді (Сидоров, 2008). Отже, окрім того, що соціальний працівник є лідером, він також виконує опосередковану роль координатора та медіатора.

Роль керівнику персоналу передбачає регулювання кадрового забезпечення (Сидоров, 2008). В обов'язки соціального працівника можуть входити добір кваліфікованого і компетентного персоналу, оцінка виконаної роботи іншими членами команди та розробка посадових інструкцій (Сидоров, 2008). Звичайно, що ці завдання може виконувати лише досвідчений паліативний соціальний працівник, адже завдяки знанням та досвіду він зможе сформувати ефективну команду для задоволення всіх потреб пацієнта та його близьких.

Роль адміністратора полягає у плануванні, розвитку та здійсненні сервісних послуг. До обов'язків соціального працівника можуть входити розробка та подальша реалізація проєктів, фандрайзинг, представництво інтересів організації (Сидоров, 2008).

Окрім цього, фахівець з соціальної роботи виступає оратором чи розповсюджувачем відповідно до другого рівня управлінських ролей (Сидоров, 2008). Як вже зазначалось раніше, що комунікація виступає одним з основних обов'язків соціального працівника, а тому виконання функції передачі інформації від лікаря до пацієнта, застосовуючи навички спілкування та міжособистісної взаємодії, є важливою частиною роботи фахівця з соціальної роботи (Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada, 2021).

Отже, соціальний працівник є невід'ємною частиною команди, яка надає послуги паліативної допомоги. У процесі взаємодії з іншими спеціалістами фахівець з соціальної роботи зазвичай виконує наступні функції: модерація конфліктів, адвокація прав та бажань пацієнта, профілактична робота з командою (протидія вигоранню, тривожності, зловживанню та суїцидальним думкам) та є посередником між лікарем та пацієнтом/членами сімей. Відповідно цих функцій фахівець з соціальної роботи може виступати в наступних ролях: лідер, адміністратор, керівник, оратор/розповсюджувач та адвокат.

## ВИСНОВКИ

Паліативна допомога є комплексом дій, які направлені на покращення умов життя пацієнта. Вона є обов'язковою частиною допомоги людям, які мають термінальні хвороби, або ті, які унеможливають повноцінне функціонування людини. В Україні такий вид допомоги активно розвивається та пріоритезується. За останні 6 років було актуалізовано та впроваджено декілька ключових законів, які стосуються паліативної допомоги, а саме: «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» (2020) та Державний стандарт паліативного догляду (2016).

Система паліативної допомоги має розгалужену структуру. Вона включає різні типи та види закладів, в яких пацієнт може отримати необхідну допомогу. Так, госпіси є одним з ключових закладів, який забезпечує пацієнта цілодобовою підтримкою. Стаціонарно ж допомогу можна отримати безпосередньо в лікарнях, завдяки роботі команди фахівців. Амбулаторна паліативна допомога здійснюється за допомогою мобільних відділів або у кабінеті лікування хронічного болю. Для надання паліативного догляду дітям створені окремі центри медичної реабілітації та паліативної допомоги.

Автори публікацій зазначають, що соціальні працівники під час виконання своїх функцій при наданні паліативної допомоги повинні мати широкий спектр компетенцій. Вони повинні вміти застосовувати принципи рівності, різноманіття та інклюзії у своїй практиці, мати глибокі знання про права людини та принципи соціальної справедливості, демонструвати етичну та професійну поведінку, мати дослідницькі навички, брати активну участь у формуванні політики, повинні мати спеціалізовані навички в галузі комунікації, оптимізації комфорту та якості життя пацієнта, планувати допомогу та колаборацію з іншими фахівцями, знати як справлятися з горем та організовувати останні дні чи години життя пацієнта.

Соціальний працівник в паліативній сфері виконує різноманітні функції з метою покращення якості життя пацієнтів та їх близьких. Це включає задоволення потреб, надання емоційної підтримки, сприяння самостійності та самореалізації, а також

організацію дозвілля та навчання навичкам самодопомоги. Соціальний працівник також забезпечує координацію з іншими службами, оцінку потреб пацієнтів, адвокацію їх прав та бажань, надає емоційну підтримку та сприяє розвитку механізмів управління стресом. Окрім цього, він забезпечує моніторинг стану пацієнтів, допомагає при переміщенні та надає допомогу родині впоратись з горем. Співпрацюючи з іншими спеціалістами, соціальний працівник виконує функції модерації конфліктів, адвокації прав пацієнта, профілактичної роботи та посередництва.

До ролей соціального працівника відносять декілька основних їх категорій: практичні, посередницькі, сервісні, управлінські та дослідницькі. Під час роботи безпосередньо з пацієнтами або членами їх сімей – соціальний працівник виконує практичні та посередницькі ролі. Серед таких ролей можна виділити консультанта, фасилітатора, адвоката, радника, оцінювача ризику та потреб, аніматора, керівника випадку та брокера. Ці ролі дозволяють соціальним працівникам надати безпосередню допомогу та підтримку пацієнтам у складних життєвих ситуаціях, а також сприяють забезпеченню координації та посередництва між різними сторонами, що залучені до процесу паліативної допомоги. До ролей, які виконує соціальний працівник під час взаємодії з членами команди або іншими колегами, які можуть залучатись до надання допомоги, включають управлінські чи посередницькі ролі. А саме лідер, адміністратор, керівник, оратор чи розповсюджувач та адвокат.

Отже, соціальний працівник є важливою частиною складу фахівців, які надають паліативну допомогу. Так як паліативна допомога охоплює майже всі сфери життя пацієнта, в які входить і соціальна, то фахівець з соціальної роботи повинен обов'язково бути частиною спеціалістів, які повинні працювати при центрах, відділеннях та інших закладах, які надаються паліативний догляд в тій чи іншій формі, щоб ця підтримка була якісною та ефективною.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Наказ “Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні”. № 1308 (2020). Офіційний вебпортал парламенту України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>
2. Наказ Міністерства соціальної політики України № 760 (2022) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1990-13#Text>
3. НАКАЗ Міністерство охорони здоров'я України № 733 Про організацію паліативної та хоспісної допомоги (2011) <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0733282-11#Text>
4. Національна служба здоров'я України (2021) Національна служба здоров'я України. Урядовий портал Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-paliativna-dopomoga-de-i-yak-paciyentu-otrimati-bezoplatno>
5. Національної служби здоров'я України (2020) <https://www.facebook.com/profile.php?id=100077029075613&paipv=0&eav=AfaxNFiUogzMcdGuO5lZ2h3RCTTzRtPWcpKWEFg9UxVzbYNnxWR55jshIYXRuCOHw10>
6. Патрікеєва, Н. (2019, 3 листопада). Клоун із лікарні. Радіо Свобода. <https://www.radiosvoboda.org/a/kloun-iz-likarni/30248353.html>
7. Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду, Наказ Міністерства соціальної політики України № 58 (2016) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-16#Text>
8. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, Наказ Міністерства соціальної політики України № 956 (2022) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0806-17#Text>
9. Програма медичних гарантій 2022 <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>

10. Семигіна Т (2020). Сучасна соціальна робота. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 275 с.
11. Сидоров, В. (2000). Ролі та функції соціальних працівників, Соціальна робота в Україні: перші кроки (с. 46-86). Київ, Україна: КМ "Academia".
12. APCSW(2018). The Role of Social Workers in Palliative, End of Life and Bereavement Care. Retrieved from <https://www.palliativecareggc.org.uk/wp-content/uploads/2018/06/The-Role-of-social-workers-in-palliative-end-of-life-and-bereavement-care.pdf>
13. Asquith, S., Clark, C. & Waterhouse, L. (2005) The Role of the Social Worker in the 21st Century – A Literature Review
14. Bern-Klug, M., Gessert, C., & Forbes, S. (2001). The Need to Revise Assumptions about the End of Life: Implications for Social Work Practice. *Health & Social Work*, 26(1), 38–48. <https://doi.org/10.1093/hsw/26.1.38>
15. Bitschnau, K., Firth, P., & Wasner, M. (2020). Social work in hospice and palliative care in Europe: Findings from an EAPC survey. *Palliative & Supportive Care*, 18(6), 662-669. doi:10.1017/S1478951520000279
16. California HealthCare Foundation. (2017). Up close: A field guide to community-based palliative care. <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-UpCloseFieldGuidePalliative.pdf>
17. Canadian Council of Social Work Regulators (CCSWR) (2012): Entry-level competency profile for the social work profession in Canada. Toronto.
18. Canadian Partnership Against Cancer & Health Canada. (2021). The Canadian Interdisciplinary Palliative Care Competency Framework. Toronto, ON.
19. Carey, M. L., Zucca, A. C., Freund, M. A., Bryant, J., Herrmann, A., & Roberts, B. J. (2019). Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. *Palliative Medicine*, 33(9), 1131–1145. <https://doi.org/10.1177/0269216319865414>

20. Cindy Garthwait,. (2012). Social work dictionary (6th ed.). University of Montana.  
[https://www.umt.edu/social-work/master-of-social-work/Curriculum/socialworkdictionary\\_booklet\\_updated\\_2012\\_oct23.pdf](https://www.umt.edu/social-work/master-of-social-work/Curriculum/socialworkdictionary_booklet_updated_2012_oct23.pdf)
21. Council on social work education (CSWE). (2022). 2022 Educational Policy and Accreditation Standards. <https://www.cswe.org/getmedia/94471c42-13b8-493b-9041-b30f48533d64/2022-EPAS.pdf>
22. Covenant Health. (2020). Alberta Social Workers Palliative Care Competency Framework.  
[https://www.covenanthealth.ca/media/125230/20201008\\_alberta\\_social\\_workers\\_palliative\\_care\\_competency\\_framework.pdf](https://www.covenanthealth.ca/media/125230/20201008_alberta_social_workers_palliative_care_competency_framework.pdf)
23. Crawford, G. P., & Price, S. D. (2003). Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *The Medical Journal of Australia*, 179(S6).  
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05575.x>
24. Dominelli, L. (2009) *Introducing Social Work*, Polity Press, Cambridge
25. Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age And Ageing*, 48(4), 498–505.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
26. Finkelstein, E. A., Bhadelia, A., Goh, C., Baid, D., Singh, R., Bhatnagar, S., & Connor, S. R. (2021). Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, 0(0). <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/country-reports/UKR>
27. Giles, R. (2016). Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand.
28. Go-Coloma, R. (2018). Long Term Care: The Role of Social Workers in End-of-Life Care. *Today's Geriatric Medicine*, 11(6), 30.  
<https://www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/ND18p30.shtml>

29. Hassankhani, H., Rahmani, A., Taleghani, F., Sanaat, Z., & Dehghannezhad, J. (2020). Palliative Care Models for Cancer Patients: Learning for Planning in Nursing (Review). *Journal of Cancer Education*. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01532-3>
30. Head, B., Peters, B., Middleton, A., Friedman, C., & Guman, N. (2019). Results of a nationwide hospice and palliative care social work job analysis. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 16–33. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1577326>
31. Henderson, J. D., Boyle, A., Herx, L., Alexiadis, A., Barwich, D., Connidis, S., Lysecki, D., & Sinnarajah, A. (2019). Staffing a Specialist Palliative Care Service, a Team-Based Approach: Expert Consensus White Paper. *Journal of Palliative Medicine*, 22(11), 1318–1323. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0314>
32. Hui, D. S., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 852–865. <https://doi.org/10.1200/jco.18.02123>
33. Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 852–865. <https://doi.org/10.1200/jco.18.02123>
34. Innes, K., Crawford, K., Jones, T., Blight, R., Trenham, C., Williams, A., Griffiths, D., & Morphet, J. (2016). Transdisciplinary care in the emergency department: A qualitative analysis. *International Emergency Nursing*, 25, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.07.003>
35. Jones, B. L., Remke, S. S., Carnahan-Metzger, R., & Phillips, F. (2022). Social Work in Pediatric Palliative Care. *The Oxford Textbook of Palliative Social Work*, 128–140. <https://doi.org/10.1093/med/9780197537855.003.0012>
36. Kowalczyk, A., & Jassem, J. (2020). Multidisciplinary team care in advanced lung cancer. *Translational Lung Cancer Research*, 9(4), 1690–1698. <https://doi.org/10.21037/tlcr.2019.11.33>

37. Middleton, A. A., Head, B. A., & Remke, S. S. (2020). Role of the Hospice and Palliative Care Social Worker #390. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4), 573–574. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0698>
38. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 4th edition. [https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines\\_4thED\\_web\\_FINAL.pdf](https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf)
39. Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). *Palliative Care Competence Framework*. Dublin: Health Service Executive
40. Pornrattanakavee, P., Srichan, T., Seetalarom, K., Saichaemchan, S., Oer-Areemitr, N., & Prasongsook, N. (2022). Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01121-0>
41. Rosenfield, P.L., 1992. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science and Medicine*. 35, 1343–1357.
42. Sheldon, F. M. (2000). Dimensions of the role of the social worker in palliative care. *Palliative Medicine*, 14(6), 491–498. <https://doi.org/10.1191/026921600701536417>
43. Shibata, T., Mawatari, K., Nakashima, N., Shimozono, K., Ushijima, K., Yamaji, Y., Tetsuka, K., Murakami, M., Okabe, K., Yanai, T., Nohara, S., Takahashi, J., Aoki, H., Yasukawa, H., & Fukumoto, Y. (2021). Multidisciplinary Team-Based Palliative Care for Heart Failure and Food Intake at the End of Life. *Nutrients*, 13(7), 2387. <https://doi.org/10.3390/nu13072387>
44. Smart, C.J., Smith, B.L., 2013. A transdisciplinary team approach to perinatal loss. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*. 38, 110–114.
45. Sobanski, P. Z., Alt-Epping, B., Currow, D. C., Goodlin, S. J., Grodzicki, T., Hogg, K., Janssen, D. J. A., Johnson, M. J., Krajnik, M., Leget, C., Martínez-Sellés, M., Moroni, M., Mueller, P. S., Ryder, M., Simon, S. T., Stowe, E., & Larkin, P. J. (2019). Palliative

- care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular Research*, 116(1), 12–27. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200>
46. Social Care Institute for Excellence. (2016). End of life care - Holistic palliative care. <https://www.scie.org.uk/adults/endoflifecare/ideasforpractice/holisticpalliativecare.aspx>
47. Stepan, M.B., Thompson, C.L., Buchanan, M.L., 2002. The role of the nurse on a transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nursing*. 19, 238–245.
48. Tadic, V., Ashcroft, R., Brown, J., & Dahrouge, S. (2020). The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Healthcare Policy | Politiques de Santé*, 16(1), 27–42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26292>
49. Walter, J. K., Hill, D. L., Schall, T. E., Szymczak, J. E., Parikh, S., DiDomenico, C., Carroll, K. C., Nye, R. T., & Feudtner, C. (2021). An Interprofessional Team-Based Intervention to Address Barriers to Initiating Palliative Care in Pediatric Oncology: A Multiple-Method Evaluation of Feasibility, Acceptability, and Impact. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.06.008>
50. World Health Organization. (2020, August 5). Palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
51. Ziauddin, S. (2023). Palliative care social work: 'this is proper social work, this is what I trained to do' - Community Care. *Community Care*. <https://www.communitycare.co.uk/2023/04/13/palliative-care-social-work-this-is-proper-social-work-this-is-what-i-trained-to-do/>