

Мультидисциплінарна команда як інструмент біопсихосоціальної моделі реабілітації

УДК 615.85 : 316.46 : 616-036.8

**К.В. Миндзів, У.П. Гевко, Д.В. Попович,
О.В. Вайда, А.В. Бай, В.І. Бойко**

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль, Україна

Резюме. Сучасна реабілітаційна практика все більше орієнтується на біопсихосоціальну модель, яка визнає взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників у процесі відновлення пацієнтів. Ефективна командна взаємодія є ключовим елементом успішної реалізації цієї моделі. *Мета:* дослідити роль мультидисциплінарної команди як інструменту впровадження біопсихосоціального підходу в реабілітаційному процесі; теоретичні засади мультидисциплінарної співпраці, її переваги та обмеження у контексті комплексної реабілітації. *Методи:* теоретичний аналіз та узагальнення наукової літератури; контент-аналіз документальних матеріалів; метод системного аналізу. *Результати.* Мультидисциплінарна команда, об'єднуючи фахівців різних профілів, забезпечує комплексний підхід до оцінки та втручання, що відповідає принципам біопсихосоціальної моделі. Кожен член команди робить свій унікальний внесок у розуміння біологічних, психологічних та соціальних аспектів стану пацієнта, сприяючи розробленню цілісного та персоналізованого плану реабілітації. Ефективність мультидисциплінарної команди залежить від налагодженої комунікації, чіткого визначення ролей та спільної орієнтації на потреби пацієнта. *Висновки.* У межах біопсихосоціальної моделі реабілітації мультидисциплінарна команда виступає ключовим інструментом забезпечення цілісного підходу до потреб пацієнта. Її ефективність базується на принципах міжпрофесійної співпраці, спільного планування, взаємної поваги й орієнтації на досягнення функціональних цілей, які виходять за межі виключно медичного відновлення. Аналіз наукових джерел і практичних прикладів демонструє, що командний підхід сприяє не лише поліпшенню фізичного стану пацієнтів, а й їх психоемоційній адаптації, соціальній інтеграції та підвищенню загальної якості життя. Успішна реалізація цієї моделі потребує створення сприятливих умов: міжпрофесійної освіти, організаційної підтримки, нормативного регулювання та культурної трансформації у бік співпраці.

Ключові слова: мультидисциплінарна команда, біопсихосоціальна модель, реабілітація, командна взаємодія, міжпрофесійна співпраця, протезування.

Multidisciplinary team as a tool of the biopsychosocial model of rehabilitation

K.V. Myndziv, U.P. Hevko, D.V. Popovych, O.V. Vayda, A.V. Bai, V.I. Boiko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine,
Ternopil, Ukraine

Abstract. Contemporary rehabilitation practice is increasingly oriented towards the biopsychosocial model, which acknowledges the interconnectedness of biological, psychological, and social factors in the recovery process of patients. Effective inter-professional collaboration is a key element for the successful implementation of this model. Aim: to investigate the role of the multidisciplinary team as an instrument for implementing the biopsychosocial approach in the rehabilitation process; the the-

oretical foundations of multidisciplinary collaboration, its advantages, and limitations within the context of comprehensive rehabilitation. *Methods*: theoretical analysis and synthesis of scientific literature; content analysis of documentary materials; method of systemic analysis. *Results*. The multidisciplinary team, uniting specialists from various disciplines, ensures a comprehensive approach to assessment and intervention that aligns with the principles of the biopsychosocial model. Each team member contributes their unique perspective to the understanding of the biological, psychological, and social aspects of the patient's condition, facilitating the development of a holistic and personalized rehabilitation plan. The effectiveness of a multidisciplinary team depends on well-established communication, a clear definition of roles, and a shared focus on the patient's needs. *Conclusions*: Within the framework of the biopsychosocial model of rehabilitation, the multidisciplinary team serves as a crucial instrument for ensuring a holistic approach to patient needs. Its effectiveness is based on the principles of interprofessional collaboration, shared planning, mutual respect, and an orientation towards achieving functional goals that extend beyond purely medical recovery. The analysis of scientific sources and practical examples demonstrates that a team-based approach not only contributes to the improvement of patients' physical condition but also to their psycho-emotional adaptation, social integration, and enhancement of overall quality of life. The successful implementation of this model requires the creation of favorable conditions: interprofessional education, organizational support, regulatory frameworks, and a cultural transformation towards collaboration.

Keywords: multidisciplinary team, biopsychosocial model, rehabilitation, teamwork, interprofessional collaboration, prosthesis.

Постановка проблеми. У сучасних умовах розвитку медичної науки й практики реабілітаційна допомога все частіше розглядається не лише як процес фізичного відновлення, а як складна взаємодія біологічних, психологічних і соціальних чинників, що впливають на якість життя пацієнтів. У цьому контексті біопсихосоціальна модель реабілітації стає провідною концепцією, яка дає змогу розглядати пацієнта як цілісну особистість із комплексом потреб та індивідуальних особливостей. Проте реалізація цієї моделі вимагає відповідного організаційного та професійного підходу, зокрема залучення мультидисциплінарної команди як основного інструмента інтеграції знань та компетенцій фахівців різних галузей [17].

Мета дослідження — дослідити роль мультидисциплінарної команди як інструменту впровадження біопсихосоціального підходу в реабілітаційному процесі; теоретичні засади мультидисциплінарної співпраці, її переваги та обмеження у контексті комплексної реабілітації.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення наукової літератури; контент-аналіз документальних матеріалів; метод системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. У науковій літературі спостерігається зростання інтересу до питань командної взаємодії у сфері реабілітації. Зокрема, дослідження M. Wade, D. DeLisa, E. Stucki, а також

українських науковців (Ж. Золотарьова, Л.П. Фліс та ін.) вказують на ефективність мультидисциплінарного підходу в досягненні стійких результатів відновлення [3; 14; 15; 24]. Усе частіше підкреслюється важливість міжособистісної комунікації, чіткої координації дій та ролей членів команди, що в сукупності створює передумови для успішної імплементації біопсихосоціальної моделі в клінічну практику [24; 25].

Водночас залишається низка невирішених питань, зокрема: які саме механізми командної роботи є найбільш ефективними в різних реабілітаційних контекстах; як оптимізувати розподіл функцій між фахівцями; яким чином забезпечити сталість взаємодії між представниками медицини, психології та соціальної роботи. Також недостатньо розроблено інструменти оцінювання ефективності мультидисциплінарної взаємодії у межах біопсихосоціального підходу.

Теоретичні засади мультидисциплінарної взаємодії у медико-соціальному контексті закладено в працях М. Томпсона (2009), який описав структурні компоненти ефективної командної роботи, та R. Interprofessional Education Collaborative (2016), що визначає ключові міжпрофесійні компетенції: цінності спільної практики, чітке розуміння ролей, міжособистісна комунікація та командна динаміка. На основі цих підходів формуються освітні стандарти для підготовки фахівців у галузі реабілітації, що передбачають

здатність до міждисциплінарної інтеграції як базову навичку [4; 12; 16; 21].

Таким чином, мультидисциплінарна команда є не лише практичним механізмом реалізації біопсихосоціального підходу, а й теоретично обґрунтованою моделлю міжпрофесійної взаємодії, яка вимагає відповідної організаційної культури, лідерства, а також нових підходів до оцінювання ефективності реабілітаційного процесу [5; 16].

Мультидисциплінарна команда в контексті біопсихосоціальної моделі реабілітації — це організаційна форма спільної діяльності фахівців різних профілів, яка базується на цілісному підході до потреб пацієнта. Залежно від клінічного випадку до складу такої команди можуть входити: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог або психотерапевт, логопед, соціальний працівник, медсестра, протезист-ортезист, фахівець із трудової адаптації, а також координатор або менеджер реабілітації [13; 15; 22].

Моделі командної взаємодії. У сучасній реабілітаційній практиці ефективна командна взаємодія є ключовим чинником успішного відновлення пацієнтів. Різні моделі командної організації пропонують різні рівні інтеграції та співпраці між фахівцями, що впливає на процес реабілітації та його результати [9; 25]. У реабілітаційній практиці розрізняють кілька типів командної організації:

1. Мультидисциплінарна команда: «Паралельні дії до спільної мети». Мультидисциплінарна модель характеризується паралельною роботою різних спеціалістів, кожен з яких концентрується на своїй галузі знань та навичок. Кожен член команди проводить незалежну оцінку пацієнта, розробляє власний план утручання та реалізує його в межах своєї компетенції. Основна орієнтація спрямована на досягнення спільної мети реабілітації, визначеної для пацієнта, проте шляхи її досягнення кожним фахівцем можуть бути відносно автономними. Ця модель базується на чіткому розмежуванні професійних ролей та відповідальності.

Переваги: чітка визначеність ролей та відповідальності, ефективне використання вузько-спеціалізованих знань, збереження автономії спеціалістів.

Недоліки: ризик фрагментації допомоги (відсутність тісної інтеграції може призвести до роз'єднаності утручання та неузгодженості

дій), потенційне дублювання зусиль, обмежена персоналізація (індивідуальні потреби пацієнта можуть бути враховані меншою мірою через недостатній обмін думками) [1; 2; 5; 19].

Практичний кейс: Пацієнт, 65 років, після перенесеного ішемічного інсульту з правостороннім геміпарезом був направлений на стаціонарну реабілітацію. Мультидисциплінарна команда включала невролога, фізичного терапевта, ерготерапевта та логопеда.

Невролог: оцінював неврологічний статус, призначав медикаментозне лікування та контролював загальний стан.

Фізичний терапевт: розробив програму вправ для відновлення рухових функцій, балансу та ходи. Сеанси фізичної терапії проводилися індивідуально.

Ерготерапевт: оцінював навички самообслуговування та розробив рекомендації щодо адаптації побутового середовища. Проводилися індивідуальні заняття з навчання навичкам одягання, гігієни та харчування.

Логопед: оцінював мовленнєві та ковтальні функції, проводив індивідуальні заняття з відновлення мови та корекції ковтання.

Протезист-ортезист: виготовив спеціальні фіксатори: ортез для стопи (AFO — ankle-foot orthosis) для підтримки функціонального положення та профілактики звисання; ортези для кисті з м'якою фіксацією, щоб уникнути згинальної контрактури.

Періодично проводилися консиліуми, на яких кожен спеціаліст звітував про прогрес пацієнта у своїй сфері. Однак спільне обговорення інтегрованого плану дій та узгодження конкретних утручання відбувалося обмежено. Наприклад, фізичний терапевт міг не знати про конкретні труднощі пацієнта з одяганням, які виявив ерготерапевт, що могло би вплинути на вибір вправ для покращення дрібної моторики. Своєю чергою, ерготерапевт не проконсультувався з ортезистом щодо врахування потреб пацієнта у самообслуговуванні (тримання ложки, застібання одягу) [1].

2. Інтердисциплінарна команда: «Узгоджена співпраця для цілісного відновлення». Модель передбачає активну взаємодію та обмін інформацією між членами команди на всіх етапах реабілітаційного процесу. Спеціалісти проводять спільне обговорення результатів оцінки пацієнта, колегіально розробляють інтегрований план утручання, визначають спільні цілі та

стратегії їх досягнення. Регулярні командні зустрічі є обов'язковими для моніторингу прогресу, внесення коректив до плану та забезпечення узгодженості дій. Ця модель спрямована на цілісне розуміння потреб пацієнта та надання скоординованої допомоги.

Переваги: краща координація та узгодженість дій, підвищена персоналізація утручань; інтегрований підхід краще враховує індивідуальні потреби та цілі пацієнта; краща комунікація та взаєморозуміння між фахівцями, потенційно кращі результати реабілітації. Цілісний та скоординований підхід може призвести до більш ефективного відновлення функцій та поліпшення якості життя пацієнта.

Недоліки: потреба у більшому часі для комунікації та спільних зустрічей; необхідність досягнення консенсусу може бути складним процесом; важливість лідерства та ефективного управління командою [1; 6–8].

Практичний кейс:

Пацієнтка, 48 років, із ревматоїдним артритом проходила амбулаторну реабілітацію в одному з медичних центрів Тернополя. Інтердисциплінарна команда включала ревматолога, фізичного терапевта.

- Ревматолог: контролював медикаментозне лікування, оцінював активність захворювання та призначав загальні рекомендації щодо режиму.

- Фізичний терапевт: проводив оцінку рухливості суглобів, сили м'язів та функціональних можливостей. Спільно з ерготерапевтом розробляли програму вправ, спрямовану на збереження рухливості, зменшення болю та поліпшення функціональності.

- Ерготерапевт: оцінював вплив артриту на повсякденну діяльність пацієнтки, навчав використовувати допоміжні засоби, розробляв стратегії полегшення виконання домашніх завдань та професійної діяльності.

- Протезист-ортезист: виготовив індивідуальний динамічний ортез для зап'ястя та пальців руки для зменшення болю під час письма чи роботи з дрібними предметами.

Команда регулярно проводила зустрічі для обговорення прогресу пацієнтки, корекції плану втручань та узгодження дій. Наприклад, фізичний терапевт дізнався від ерготерапевта про труднощі пацієнтки з відкриванням банок, що дало змогу включити до програми вправ елементи, спрямовані на покращення сили кисті та

хапання. Спільне планування дало змогу розробити цілісну програму, яка враховувала потреби пацієнтки у повсякденному житті.

3. Трансдисциплінарна команда: «Спільне знання та взаємозамінність».

Трансдисциплінарна модель є найбільш інтегрованим підходом, де межі між професійними ролями стають більш розмитими. Члени команди не лише тісно співпрацюють та обмінюються знаннями, а й частково опановують навички суміжних спеціальностей та можуть делегувати певні функції один одному під наглядом. Основна увага зосереджується на цілісних потребах пацієнта та його сім'ї, а план втручання розробляється та реалізується як єдиний комплекс дій.

Переваги: максимальна інтеграція та цілісність допомоги; підвищена гнучкість та адаптивність; обмін знаннями та навичками сприяє професійному зростанню; потенційно найкращі довгострокові результати.

Недоліки: високі вимоги до кваліфікації та підготовки персоналу; ризик розмивання професійної відповідальності; потреба у значному часі для формування ефективних команд; можливість опору з боку спеціалістів [9; 18].

Практичний кейс:

Дитина, 7 років, із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) отримувала довготривалу комплексну реабілітацію в одному зі спеціалізованих центрів Тернопільської області. Трансдисциплінарна команда включала фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда, психолога та протезиста-ортезиста.

- Фізичний терапевт: розробляв програму вправ для поліпшення рухових функцій, контролю постави та ходи.

- Ерготерапевт: працював над розвитком навичок самообслуговування, адаптацією середовища та використанням допоміжних засобів.

- Логопед: займався корекцією мовленнєвих порушень та проблем із ковтанням.

- Психолог: надавав психологічну підтримку дитині та її сім'ї, працював над соціальною адаптацією.

- Протезист-ортезист: виготовив індивідуальні ортези для нижніх кінцівок (AFO — ankle-foot orthosis) для стабілізації гомілковостопних суглобів, запобігання надмірній спастичності у згинальних м'язах та формування правильного патерну ходи.

У цій моделі фізичний терапевт під наглядом логопеда міг виконувати деякі вправи для розвитку м'язів, що беруть участь у ковтанні, ерготерапевт — проводити початкові заняття з розвитку когнітивних функцій за планом психолога. Протезист-ортезист, тісно взаємодіючи з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, орієнтував пристрої під конкретні цілі (наприклад, самостійна ходьба, стійкість під час стояння, писання за столом). Соціальний працівник міг під керівництвом психолога проводити тренінги соціальних навичок. Регулярні спільні зустрічі були спрямовані не лише на обмін інформацією, а й на навчання членів команди суміжним навичкам та узгодження інтегрованого плану, де кожен фахівець розумів загальну картину та міг підтримати зусилля колег у своїй роботі.

Вибір моделі командної взаємодії у реабілітаційній практиці залежить від багатьох чинників, включаючи тип медичного закладу, характер захворювань пацієнтів, наявні ресурси, рівень підготовки персоналу та філософію надання допомоги. Успішне застосування будь-якої моделі вимагає ефективної комунікації, взаємоповаги, чіткого визначення ролей та спільної орієнтації на потреби пацієнта. В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні зростає усвідомлення важливості інтегрованого командного підходу для досягнення кращих результатів реабілітації [1; 9; 10; 20].

Особливості ефективного функціонування. Ключовими умовами ефективної роботи мультидисциплінарної команди є:

- Чітко визначені ролі та зони відповідальності.
- Регулярна міжпрофесійна комунікація (щотижневі зустрічі, командні обговорення випадків).
- Психологічна безпека для обміну думками та професійного зростання.
- Наявність координатора, який підтримує сталість процесів і вирішує організаційні питання.

Такий підхід сприяє не лише якісному відновленню пацієнта, а й підвищенню професійної задоволеності персоналу, запобіганню вигоранню та формуванню командної культури.

Упровадження мультидисциплінарного підходу в реабілітаційну практику відбувається на різних рівнях надання медичної допомоги. Успішна реалізація такої моделі залежить не лише від наявності фахівців, а й від чітко

структурованих процесів взаємодії, фінансового забезпечення, наявності нормативної бази та готовності самих команд працювати в парадигмі партнерства [11; 19; 20; 23–25].

Основні бар'єри впровадження. Незважаючи на очевидні переваги мультидисциплінарного підходу, його впровадження супроводжується низкою викликів:

- Недостатній рівень міжпрофесійної освіти: фахівці різних галузей часто не мають спільної термінології чи досвіду роботи в команді.
- Організаційні складнощі: відсутність координатора або надмірна ієрархічність у прийнятті рішень можуть гальмувати процес.
- Юридичні та фінансові обмеження: в Україні законодавче забезпечення мультидисциплінарної реабілітації все ще потребує уточнення, особливо в контексті міжсекторальної співпраці (медицина — соціальний захист — освіта).
- Культурні установки: деякі фахівці можуть убачати командну роботу як утрату професійної автономії [9; 19].

Висновки. У межах біопсихосоціальної моделі реабілітації мультидисциплінарна команда виступає ключовим інструментом забезпечення цілісного підходу до потреб пацієнта. Її ефективність базується на принципах міжпрофесійної співпраці, спільного планування, взаємної поваги й орієнтації на досягнення функціональних цілей, які виходять за межі виключно медичного відновлення.

Командний підхід сприяє не лише поліпшенню фізичного стану пацієнтів, а й їхній психоемоційній адаптації, соціальній інтеграції та підвищенню загальної якості життя. Успішна реалізація цієї моделі потребує створення сприятливих умов: міжпрофесійної освіти, організаційної підтримки, нормативного регулювання та культурної трансформації у бік співпраці.

Потенціал для розвитку. В умовах реформи системи охорони здоров'я в Україні та зростаючого запиту на реабілітаційні послуги, зокрема для ветеранів, переселенців, пацієнтів із ПТСР чи складними травмами, мультидисциплінарний підхід є не лише бажаним, а необхідним. Важливу роль відіграє також упровадження міжнародних стандартів (ICF — Міжнародна класифікація функціонування), які дають змогу комунікувати фахівцям однією «мовою функціональних цілей».

Поступове впровадження міжпрофесійної освіти у заклади вищої освіти України,

створення мультидисциплінарних реабілітаційних центрів та розвиток клінічного наставництва створюють передумови для формування справжньої командної культури.

Практичні рекомендації

1. Інтегрувати міжпрофесійну освіту у програми підготовки фахівців реабілітаційного профілю з метою формування навичок командної взаємодії ще на етапі навчання.

2. Визначити координатора реабілітаційної команди як окрему роль у структурі закладів охорони здоров'я для забезпечення комунікації, моніторингу процесів та ефективного розподілу ресурсів.

Література

- Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*. 2006;29(6):351–64. PMID: 17330451.
- Colli A, Prati D. Against multidisciplinarity: More is not necessarily better. *Liver Int*. 2024;44(6):1278–80. <https://doi.org/10.1111/liv.15898>. PMID: 38775369.
- DeLisa JA, Gans BM, Walsh NE. *Physical medicine and rehabilitation: Principles and practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*. 2012;40(3):377–96. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>. PMID: 23002701.
- Gibson C, Landry MD, Tuntland H. Conceptualizing the Facilitators and Barriers of Successful Multidisciplinary Teamwork Within the Reablement Process: A Scoping Review. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:2621–35. <https://doi.org/10.2147/PPA.S504007>
- Interprofessional Education Collaborative. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: IPEC; 2016.
- Kongkar R, Ruksakulpiwat S, Phianhasin L, Benjasrisan C, Niyomyart A, Ahmed BH, et al. The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*. 2025;18:445–57. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S497846>. PMID: 39902192; PMCID: PMC11789502.
- Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical rehabilitation*. 2010;24(8):745–55. <https://doi.org/10.1177/0269215510367538>
- Shi Y, Li H, Yuan B, et al. Effects of multidisciplinary teamwork in non-hospital settings on healthcare and patients with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Prim Care*. 2025;26:110. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02814-0>
- Stokoe R. *Occupational therapy in palliative care: enabling occupation and well-being*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2017.
- Stucki G, Bickenbach J. Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134–8. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>
- Thompson JL. Building Collective Communication Competence in Interdisciplinary Research Teams. *Journal of Applied Communication Research*. 2009;37(3):278–97. <https://doi.org/10.1080/00909880903025911>
- Valaitis R, Meagher-Stewart D, Martin-Misener R, Wong ST, MacDonald M, O'Mara L; Strengthening Primary Health Care through Primary Care and Public Health Collaboration Team. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):420. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>. PMID: 29880042; PMCID: PMC5992823.

3. Упровадити єдині клінічні протоколи, розроблені за принципами біопсихосоціального підходу, що передбачають участь різних фахівців і конкретизують їхні ролі на кожному етапі реабілітації.

4. Застосовувати міжнародну класифікацію функціонування (ICF) як універсальний інструмент для постановки цілей і вимірювання результатів у мультидисциплінарному середовищі.

5. Сприяти культурі співпраці в установах охорони здоров'я шляхом тренінгів, супервізії, командних нарад і обміну досвідом як механізмів формування психологічної безпеки та професійної взаємоповаги.

14. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004;329(7479):1398–401. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>. PMID: 15591570; PMCID: PMC535463.

15. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>. PMID: 28730890.

16. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

17. World Health Organization. *Rehabilitation in health systems: a guide for action*. Geneva: World Health Organization; 2019.

18. Аймедов КВ, Живилко В В, Молдавська ХО. Трансдисциплінарна модель командного підходу в процесі лікування та медико-соціального супроводу хворих на алопецію. [Transdystysylinarna model komandnoho pidkhodu v protsesi likuvannia ta medykotsotsialnoho suprovodu khvorykh na alopetsiiu]. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017;41(7):66–73. Available from: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/9308>

19. Золотарьова ЖМ. Проблеми формування та впровадження мультидисциплінарного підходу в системі паліативної і хоспісної допомоги. [Problemy formuvannia ta vprovadzhennia multydystysylinarnoho pidkhodu v systemi paliativnoi i khospisnoi dopomohy]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2012;4(54):68–72.

20. Ковальова СВ, Дондарєва ІС, Пономарьова ГВ, Данильчук АВ, Галенко МО. Мультидисциплінарний підхід до реабілітації пацієнтів із порушеннями рухових функцій унаслідок перенесеного інсульту. [Multydystysylinarnyi pidkhid do reabilitatsii patsientiv z porushenniamy rukhovoykh funktsii vnaslidok perenesenoho insultu]. *Pain medicine*. 2018;3(2/1):30. Available from: <https://doi.org/10.31636/pmju.a.11.27453>

21. Крилова О. Мультидисциплінарність як сучасний метод у наукових дослідженнях. [Multydystysylinarnist yak suchasnyi metod u naukovykh doslidzhenniakh]. *Грааль науки*. 2024;(35):99–101. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.01.2024.016>

22. Міністерство охорони здоров'я України. Національний перелік реабілітаційних послуг та засад їх надання відповідно до МКФ [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2020. Available from: <https://moz.gov.ua>

23. Радєцька ЛВ, Ярема НІ, Боб АО, Чукур ОО, Смачило ІВ. Мультидисциплінарний підхід до спостереження хворого на хронічну серцеву недостатність та з коморбідною патологією – акцент на самоменеджменті. [Multydystysylinarnyi pidkhid do sposterezhenia khvorocho na khronichnu sertsevu nedostatnist ta z komorbidnoiu patolohieiu – aktsent na samomenedzhmenti]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023;(2):80–5. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2.14038>

24. Фліс ПС, Голубченко ОЮ. Оцінка ефективності застосування мультидисциплінарного експериментально обґрунтованого

підходу у лікуванні пацієнтів із первинно-глибоким прикусом та функціональними порушеннями зубощелепно-лицьової ділянки. [Otsinka efektyvnosti zastosuvannya multydystryplinarnoho eksperymentalno obgruntovanoho pidkhodu u likuvanni patsiientiv z pervynno-hlybokym prykusom ta funktsionalnymy porushenniamy zuboshchelepno-lytsovoi dilianky]. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.

ORCID 0000-0003-1025-973X, myndziv@tdmu.edu.ua
ORCID 0000-0001-5265-2842, gevkou@tdmu.edu.ua
ORCID 0000-0002-2476-7850, kozak@tdmu.edu.ua
ORCID 0000-0002-5142-2057, vayda_ov@tdmu.edu.ua
ORCID 0000-0003-4580-6414, nastya@tdmu.edu.ua
ORCID 0000-0001-6906-2494, bondarchykvi@tdmu.edu.ua

2023;23(1):84–7. Available from: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.1.84>

25. Шкраб'юк В, Масляк Т, Марусин О. Актуальність мультидисциплінарного підходу до реабілітації соматичних хворих. [Aktualnist multydystryplinarnoho pidkhodu do rehabilitatsii somatichnykh khvorykh]. *Молодий вчений*. 2019;9(73):55–8. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-9-73-12>

Надійшла 27.05.2025
Прийнята 08.06.2025
Опублікована 10.09.2025