

2024

Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Довідник для мультидисциплінарних
реабілітаційних команд



Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). — 2024.

Це видання створене для мультидисциплінарних реабілітаційних команд та фахівців сфери охорони здоров'я, які працюють з особами з обмеженням функціонування. Воно містить базову інформацію про основні принципи біопсихосоціальної моделі МКФ і про те, як фахівці з реабілітації можуть застосовувати її у своїй щоденній роботі, якою є структура МКФ та взаємозв'язки між її компонентами, якими є правила кодування з використанням МКФ для документування функціонування пацієнтів, встановлення цілей та планування втручань у сфері реабілітації, а також про роботу фахівців мультидисциплінарних команд і їхній досвід застосування МКФ в Україні.

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ:

Тетяна Барिशок

Фізична терапевтка, національна тренерка з МКФ в Україні, кандидатка наук з фізичного виховання та спорту, доцентка кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичної культури та спорту Хортицької національної академії, голова правління Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів.

Олена Долинна

Лікарка фізичної та реабілітаційної медицини, національна тренерка з МКФ в Україні, керівниця центру реабілітації КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради», учасниця NATO-Baltic PRM Project.

МЕТОДИЧНА ПІДТРИМКА СТВОРЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ:

Антон Янченко, Євгенія Мельник, Анастасія Бабійчук

ДИЗАЙН ТА ВЕРСТКА

Катерина Волошина



Цю публікацію створено за матеріалами освітнього онлайн-курсу «Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)», який включає відео-лекції, практичні завдання та надає можливість отримати сертифікат про завершення навчання.



Це видання підготовано в рамках проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», який реалізують Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Офіс Президента України, радниця-уповноважена Президента України з питань безбар'єрності, БФ «Пацієнти України», Школа реабілітаційної медицини Українського католицького університету, Protez Hub, Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів, Українське товариство терапії мови і мовлення, Українське товариство ерготерапевтів, ДП «Електронне здоров'я» — за підтримки Швейцарії, Європейського Союзу та Nova Ukraine.

ЗМІСТ

	Список скорочень	6
	Вступ. Що таке МКФ?	7
	Чому МКФ важлива для України?	14
ТЕМА 1.	Реабілітація. Сучасний підхід до надання реабілітаційної допомоги	18
	1.1. Визначення та основні принципи реабілітації	18
	1.2. Чому реабілітація має бути активною? Що таке функціонування?	20
	1.3. Склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	24
	1.4. Пряма мова: Алла Півник. Робота МДРК на основі МКФ в Україні	30
	1.5. Фізичний терапевт	32
	1.6. Пряма мова: Олег Білянський. Фізичний терапевт	35
	1.7. Ерготерапевт	36
	1.8. Пряма мова: Ольга Мангушева. Ерготерапевт	40
	1.9. Терапевт мови і мовлення	42
	1.10. Пряма мова: Оксана Лялька. Терапевт мови і мовлення	45
	1.11. Психолог/психотерапевт	46
	1.12. Пряма мова: Олена Каширіна. Психолог	48
	1.13. Протезист-ортезист	50
	1.14. Пряма мова: Назар Багнюк. Протезист-ортезист	56
ТЕМА 2.	Пацієнтоцентричний підхід та інтегрована біопсихосоціальна модель функціонування	58
	2.1. Біопсихосоціальна модель здоров'я, функціонування та обмеження життєдіяльності. Стани здоров'я	58
	2.2. Пряма мова: Олександра Калінкіна. Використання біопсихосоціальної моделі з позиції ерготерапевта	62
	2.3. Структури та функції організму. Порушення структур та функцій організму	65
	2.4. Активність та участь	72
	2.5. Фактори середовища	76
	2.6. Пряма мова: Віталій Пчолкін. Вплив навколишнього середовища на людину, яка реабілітується	79

2.7.	Особисті фактори	83
2.8.	Особиста історія: Уляна Пчолкіна. Як люди переживають травму	86
■ ТЕМА 3.	Цілі та сфери застосування МКФ	88
3.1.	Сімейство класифікацій ВООЗ: МКХ, МКФ, МКМІ. ISO 9999:2016	88
3.2.	Чинники, що впливають на функціонування та обмеження життєдіяльності	94
3.3.	Цілі та сфери застосування МКФ	96
■ ТЕМА 4.	Структури та коди МКФ	100
4.1.	Структура МКФ. Основи кодування МКФ	100
4.2.	МКФ браузер: структура, практичне застосування	104
■ ТЕМА 5.	Кваліфікатори МКФ	107
5.1.	Поняття про кваліфікатори МКФ. Кваліфікатори для функцій організму	107
5.2.	Кваліфікатори для структур організму	110
5.3.	Кваліфікатори МКФ на рівні активності та участі	114
5.4.	Кваліфікатори факторів середовища	118
■ ТЕМА 6.	Базові набори МКФ. Інструменти оцінювання	122
6.1.	Базові набори МКФ: види та мета використання	122
6.2.	Вибір та застосування базових наборів МКФ в клінічній практиці	127
6.3.	Досвід українських лікарень	133
6.4.	Використання інтерактивного інструменту електронного документування на основі МКФ	136
6.5.	Інструменти реабілітаційного оцінювання. Вимоги до інструментів оцінювання	146
6.6.	Відповідність інструменту оцінювання категоріям МКФ	148
6.7.	WHODAS 2.0. МКФ в Україні	154
	Підсумки. Перспективи розвитку реабілітації в Україні. Командна робота та лідерство	156

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

БПСМ

біопсихосоціальна модель

ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я

ЕСОЗ

Електронна система охорони здоров'я

ЕТ

ерготерапевт

Лікар ФРМ

лікар фізичної та реабілітаційної медицини

МДРК

мультидисциплінарна реабілітаційна команда

МКМІ

Міжнародна класифікація медичних втручань

МКФ

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

МКХ

Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям

НК

Національний класифікатор

СМТ

спинномозкова травма

ТММ

терапевт мови та мовлення

ФРМ

фізична та реабілітаційна медицина

ФТ

фізичний терапевт

ISPO

Міжнародне товариство протезування та ортезування

ISO

Міжнародна організація зі стандартизації

ВСТУП. ЩО ТАКЕ МКФ?



Текст: Мелісса Селб
координаторка Дослідницького відділу МКФ

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, або скорочено МКФ, є однією з трьох довідкових класифікацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, які є взаємодоповнюючими і можуть використовуватися разом, щоб забезпечити змістовнішу картину здоров'я окремих осіб, груп населення, суспільства і системи охорони здоров'я загалом. Ви, напевно, знайомі з МКХ або Міжнародною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, яка зараз має 11-ий перегляд. Існує також Міжнародна класифікація медичних втручань (МКМІ), яка містить коди для звітності та аналізу медичних втручань для клінічних і статистичних цілей. Однак темою цього курсу є МКФ — класифікація ВООЗ, яка пов'язана з функціонуванням. Але що таке функціонування?

КЛАСИФІКАЦІЇ ВООЗ



МКХ-11 *Одинадцятий перегляд*

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям

Джерело: WHOii



МКФ

Міжнародна статистична класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Джерело: WHOi



МКМІ

Міжнародна статистична класифікація медичних втручань

Джерело: WHOiii

Функціонування є третім ключовим показником у системі охорони здоров'я поряд зі смертністю та захворюваністю, і вимірює результативність клінічних втручань і послуг та їхній вплив на осіб зі станами здоров'я.

За визначенням ВООЗ, функціонування — це результат динамічної взаємодії між станом здоров'я пацієнта, повним спектром функцій і структур організму, простими і складними видами діяльності, які виконує людина, і тим, наскільки людина може брати участь у життєвих ситуаціях у загальному контексті свого середовища. Особисті фактори також відіграють важливу роль. Іншими словами, функціонування відображає біопсихосоціальну модель здоров'я.

ФУНКЦІОНУВАННЯ – ТРЕТІЙ ПОКАЗНИК У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

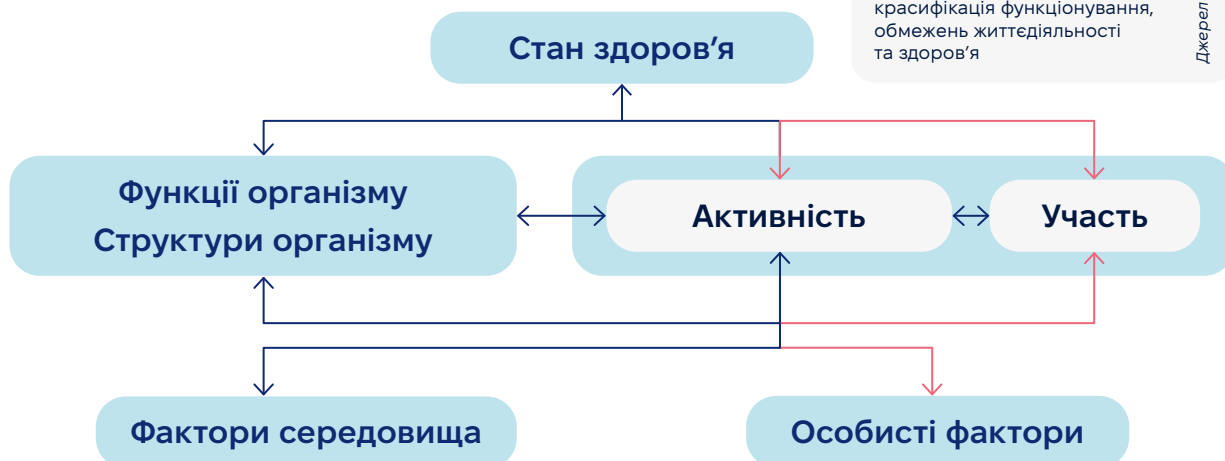


Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017; 53(1): 134-8

За визначенням ВООЗ, функціонування — це результат динамічної взаємодії між станом здоров'я пацієнта, повним спектром функцій і структур організму, простими і складними видами діяльності, які виконує людина, і тим, наскільки людина може брати участь у життєвих ситуаціях у загальному контексті свого середовища. Особисті фактори також відіграють важливу роль. Іншими словами, функціонування відображає біопсихосоціальну модель здоров'я.

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ МКФ

БІЛЬШЕ 1400 КАТЕГОРІЙ



МКФ

Міжнародна статистична
класифікація функціонування,
обмежень життєдіяльності
та здоров'я

Джерело: WHO

Хоча концепція функціонування може бути застосована до будь-якої сфери охорони здоров'я, вона найбільше взаємопов'язана з реабілітацією. Це підкреслюється визначенням реабілітації ВООЗ.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Реабілітація — це «комплекс заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування та зменшення обмеження життєдіяльності...».

WHO Factsheet on rehabilitation,
<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>



МКФ

Міжнародна статистична
класифікація функціонування,
обмежень життєдіяльності
та здоров'я

Джерело: WHO

Функціонування відіграє центральну роль для реабілітаційних спеціальностей. Наприклад, фізична та реабілітаційна медицина спрямована на «...досягнення і підтримку оптимального функціонування»

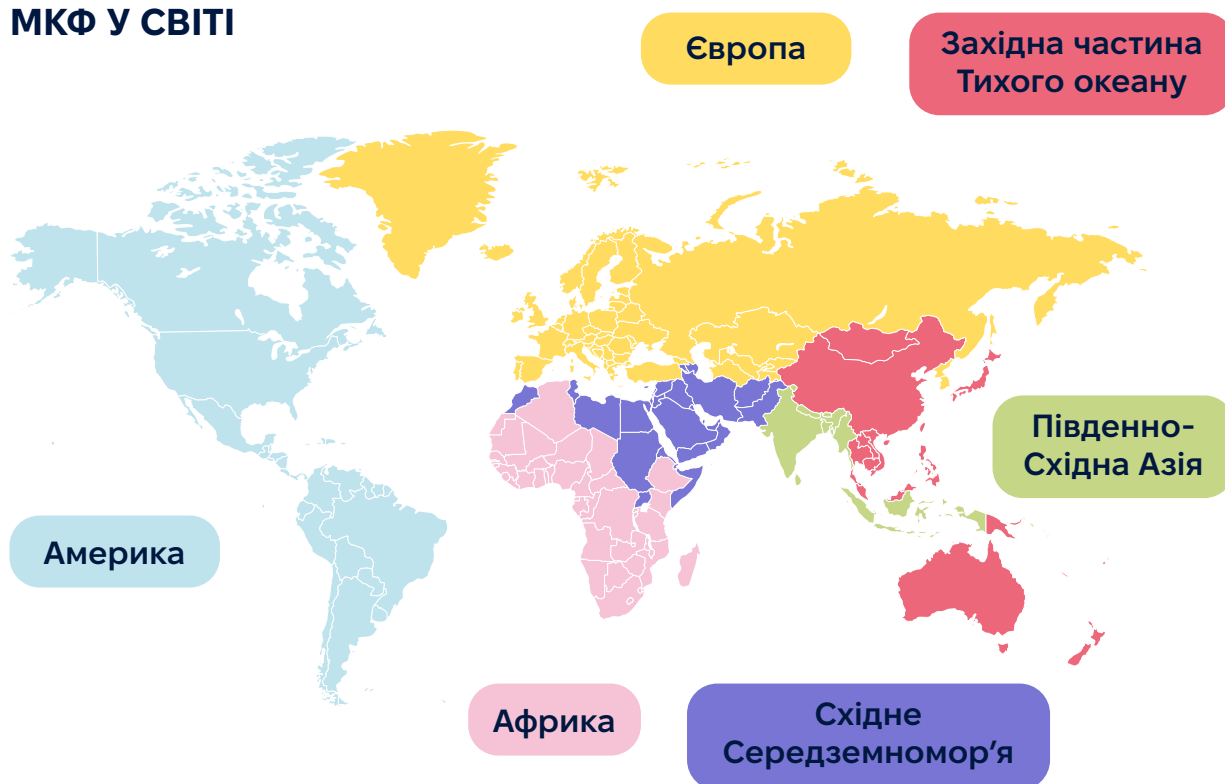
Фізична терапія визначається як «...послуги... для розвитку, підтримки та відновлення максимальної рухової активності та функціональних здібностей протягом усього життя».

Ерготерапія «...використовує аналіз завдань і дослідження середовища... для досягнення функціональних цілей та участі в житті суспільства...».

І МКФ може бути використана для досягнення цих цілей.

МКФ використовують в усьому світі в дослідженнях, клінічній практиці, оцінці обмеження життєдіяльності та інших сферах.

МКФ У СВІТІ



Огляд використання МКФ в окремих країнах світу був проведений М. Леонарді та ін. (див. Таблицю 1).

	Клінічна практика	Законодавство	Статистика	Освіта	Дослідження
Америка					
Канада	📍	📍	📍	📍	📍
Африка					
ЮАР	📍	📍	📍	📍	📍

Європа					
Чехія	📍				📍
Данія	📍	📍			
Фінляндія			📍	📍	📍
Франція	📍	📍	📍	📍	
Німеччина	📍	📍		📍	📍
Італія	📍	📍	📍	📍	📍
Нідерланди	📍	📍		📍	
Росія	📍	📍	📍		📍
Швеція	📍	📍	📍		
Зах.част. Тихого океану					
Австралія	📍	📍	📍	📍	📍
Японія	📍	📍	📍		
Республіка Корея	📍	📍		📍	📍

Leonardi M. et al. 20 Years of ICF: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (18):11321

Прикладом використання МКФ в оцінці обмеження життєдіяльності є Тайвань. Керуючись законодавством — законом «Про захист прав людей з інвалідністю», тайванський уряд інтегрував МКФ у свою систему оцінки обмеження життєдіяльності. Вони також розробили Шкалу оцінки порушень функціонування FUNDES — інструмент, заснований на МКФ, що включає елементи Шкали ВООЗ для оцінки обмеження життєдіяльності (WHODAS 2.0).

ВИКОРИСТАННЯ В ОЦІНКІ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ



- Законодавство: Закон про захист прав людей з обмеженням життєдіяльності
- Інтегрована в систему оцінки обмеження життєдіяльності
- Шкалу FUNDES розроблено на основі WHODAS 2.0

Chang KH, et al. Development of indicators to assure quality of disability evaluation based on the ICF in Taiwan: a Delphi consensus. *Disabil Rehabil*.



Тайванська система визначення права на обмеження життєдіяльності

Дехто каже, що МКФ складно використовувати. Стандарти та засоби, такі як базові набори МКФ та інструменти на основі МКФ, дозволяють використовувати МКФ на практиці у щоденній роботі.

Наведемо ще два додаткових приклади з Європи та Азії.

Реальним прикладом використання МКФ в управлінні реабілітацією є Клініка Адельгайд в центральній Швейцарії. Клініка Адельгайд інтегрувала МКФ у свою електронну систему охорони здоров'я, а також у платформу звітності та комунікації персоналу. Це підтримує прозорість і мультидисциплінарну командну роботу. Фахівці також використовують її для постановки цілей.

ЗАСТОСУВАННЯ В УПРАВЛІННІ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ



- Інтегрована в платформу електронної охорони здоров'я, звітності та комунікації персоналу
- Підтримує міждисциплінарну командну роботу
- Використовується для постановки цілей



Клініка Адельгайд
Швейцарія

Presentation Christian de Boitte, Head
Neurorehabilitation Ward, Adelheid-Klinik
Rehazentrum Zentralschweiz
[http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/
20180124_ANQ_Gs_Praesentation_de_Boitte_
Christian.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20180124_ANQ_Gs_Praesentation_de_Boitte_Christian.pdf)

МКФ СКЛАДНА У ВИКОРИСТАННІ?



Наприклад, Опитувальник професійної реабілітації (WORQ) — це інструмент на основі МКФ, який вже багато років використовують в Ісландському фонді професійної реабілітації. Фонд розробив цифрову версію інструменту та використовує її для оцінки порушень функціонування, пов'язаних із трудовою діяльністю своїх клієнтів та пацієнтів.

ІНСТРУМЕНТИ НА ОСНОВІ МКФ

Опитувальник трудової реабілітації www.myworq.org

Work Rehabilitation Questionnaire
Self-Report

Date: _____ Full Name: _____
Month Day Year ID Number (if applicable)

The Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ) is a questionnaire that has been developed to better understand the extent of problems in functioning that people may have due to their health condition(s) and who are undergoing work or vocational rehabilitation. Part 1 of WORQ will ask for sociodemographics and background information. Part 2 will ask you a series of questions concerning your functioning. When answering part 2, think about your past week, considering both your good and bad days and the extent of your problem on average in the past week.

PART 1: SOCIODEMOGRAPHICS AND BACKGROUND INFORMATION

1. Age (in years) _____ years 2. Sex female male

3. Civil status never married married separated divorced widowed cohabiting/living with somebody

4. Which best describes your current work status, or if currently not working your last work status?
 Employed Self-employed Non-paid work such as volunteer
 Student or in training Homemaker Retired Not applicable

PART 2: MAIN SECTION

Please rate the extent of your problem in the past week from 0 = no problem to 10 = complete problem.
 • Check the box that best reflects your situation, the higher the number you assign, the greater the extent of the problem. The lower the number you assign, the lower the extent of the problem.
 • Please answer all questions as accurately and completely as possible, even if you feel that the issue is not relevant for you and you don't have a problem with the respective activity.
 • Make sure that your answer refers to your ability to function or do an activity without any help from anybody or without any assistive device.

Overall in the past week, to what extent did you have problems with...

1 ... not feeling rested and refreshed during the day? No problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complete problem

2 ... sleeping, such as falling asleep, waking up frequently during the night or waking up too early in the morning? No problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complete problem

3 ... remembering to do important things? No problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complete problem

4 ... your usual daily activities because you felt sad or depressed? No problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complete problem

Інструмент оцінки функціонування в клінічних умовах, скорочено ClinFIT, розробляється під егідою Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини.

ClinFIT охоплює 30 категорій МКФ, відповідні прості описи та три різні варіанти шкали оцінювання. Те, що ви бачите тут, — це шкала NRS від 0 до 10.

CLEANFIT 3 ПРОСТИМИ ОПИСАМИ

ClinFIT – Clinical Functioning Information Tool (Simple Pilot Version)

Patient: _____ Clinician: _____ Admission: (Date) _____ Mid-term: (Date) _____ Discharge: (Date) _____

Please rate the patient's functioning from 0 (no problem) to 10 (complete problem).

		RATING SCALE												
		No problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Complete Problem
1	b130 Energy and drive functions <i>Psychological energy and motivational drive to move towards goals, satisfy needs</i>													
2	b152 Emotional functions <i>Mental functions for the modulation of the expression of feelings and emotions</i>													
3	b280 Sensation of pain <i>Unpleasant sensation indicating potential or actual damage of some body structure</i>													
4	d230 Carrying out daily routine <i>Plan, manage and complete routine daily life activities</i>													
5	d450 Walking <i>Moving in an upright position, step by step, always maintaining a support on the</i>													
6	d455 Moving around <i>Moving around differently from walking (for example running, going up and down</i>													
7	d850 Remunerative employment <i>Properly performing remunerative employment (full or part time or self-employed) in</i>													

Frontera W, et al. J Int Soc Phys Rehabil Med 2019

Отже, підіб'ємо підсумки:

- + МКФ є всесвітньо визнаною довідковою класифікацією функціонування.
- + Це універсальна мова для мультидисциплінарної реабілітації.
- + МКФ можна використовувати різними способами і для різних цілей охорони здоров'я.
- + Інструменти, засновані на МКФ, роблять МКФ зручнішою для користувача, підтримуючи її практичне використання.

ЧОМУ МКФ ВАЖЛИВА ДЛЯ УКРАЇНИ



Текст: Тетяна Ломакіна, радниця-уповноважена Президента України з питань безбар'єрності

Повномасштабна військова агресія з боку російської федерації, що почалася у 2022 році, принесла нашому суспільству дуже багато горя. Наші захисники і захисниці багато місяців поспіль демонструють світові свою незламність. Вони вкладають свій час, здоров'я і життя.

Тому завдання держави і фахівців системи охорони здоров'я — зробити так, аби поранені військові та цивільні якомога швидше поверталися до гідного самостійного життя. Це означає — вчасно пройти лікування і реабілітацію.

Які країни зараз допомагають українським захисникам і захисницям? Сьогодні їх десятки і від них ми маємо змогу перейняти найкращі практики. Країни Європи, США, Канада, Ізраїль — усі вони використовують саме доказову активну реабілітацію. Її принципи допомагають залишати те, що працює, та водночас позбутися методів і практик, які не дають бажаного результату.

Що ж вважають найкращими практиками реабілітації?

Сучасний підхід до реабілітації передбачає, що пацієнт починає своє повернення до самостійного життя від моменту стабілізації стану. Лік іде на години.

Також реабілітація не є справою одного фахівця. Для її якісного проходження людину супроводжують мультидисциплінарні реабілітаційні команди. Вони можуть застосовувати фізичну терапію та ерготерапію, розробляти індивідуальні програми, поєднуючи різні напрями.

Важливою складовою є і психологічна підтримка. Людина, яка проходить реабілітацію, є активним учасником команди, суб'єктом, який ухвалює рішення, а не об'єктом, над яким лікарі провадять якісь дії.

За всім цим стоїть біопсихосоціальна модель Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Її ключова відмінність у тому, що вона розглядає потреби, можливості і побажання особи, а не лише її діагноз. Все це зараз впроваджують в Україні.

МКФ — це і є інструмент впровадження змін. Змін у системі реабілітації, в соціальній сфері, інклюзивній освіті, працевлаштуванні і загалом у всіх сферах життя. Адже неможливо керувати процесом, в якому ми не можемо виміряти й оцінити результат.

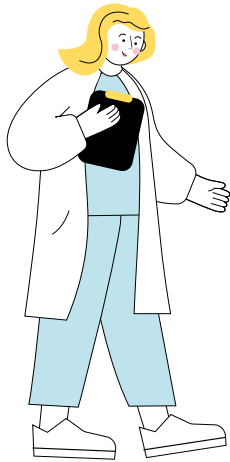
Уявіть, що ви перебуваєте в місті Дніпро, а хочете потрапити до міста Львів. Ви починаєте рухатись, але гадки не маєте, в якому боці Львів та наскільки він далеко. Ви просто перебуваєте у русі. Яка вірогідність, що ви за декілька днів будете смакувати львівську каву? М'яко кажучи, не дуже велика.

Умовний Дніпро – це стан, в якому перебуває людина зараз. Умовний Львів — стан, в якому людина зможе бути самостійною, незалежною та автономною. А МКФ — це наша мапа та дорожні вказівники.

Тобто перед початком руху ми визначаємо, де наш кінцевий пункт, а протягом подорожі стежимо за вказівниками: до Львова 300 кілометрів, до Львова 150 кілометрів і так далі.

Вимірювання показників допомагає нам розуміти, чи ми прямуємо до нашої цілі? Чи, може, ми відхилились від маршруту? Чи треба нам прокласти його інакше?

МКФ — ЦЕ ДОРОЖНЯ МАПА



МКФ — це не просто нова форма опису стану людини, яка перенесла важке захворювання чи травму, має вроджені порушення чи вікові зміни. Це зміна парадигми. Адже стан людини сприймають не через те, що вона НЕ МОЖЕ робити, а через те, що вона МОЖЕ і якої допомоги в цьому потребує.

На перший погляд, різниця незначна. Але за нею – зовсім нове сприйняття людини. Тепер у центрі уваги не діагноз і не захворювання, а людина та її шлях до відновлення.

Зараз реабілітацію у світі сприймають не як «ремонт організму», а як створення умов, в яких людині комфортно перебувати в поточному стані. Тож відновлення самостійності та пристосування середовища мають відбуватись скоординовано.

Якщо пацієнт після черепно-мозкової травми не може в повній мірі відновити ходу, то він може використовувати допоміжні засоби реабілітації (наприклад, милиці), але паралельно має відбуватися модифікація житла або робочого місця до його нових потреб.

Чому мультидисциплінарна команда ефективніша за окремих фахівців?

Ще один плюс системи МКФ, про який часто забувають, — це координація між фахівцями.

Коли до мультидисциплінарної команди входять 4-5 або навіть більше фахівців, кожен з яких веде декілька випадків, потрібні або нескінченні наради та консультації, або нова система обміну інформацією, якою і є МКФ. Можливо, ви вже відчули, наскільки це комфортно. Можливо, це лише попереду.

Так, застосування МКФ не закінчується за дверима лікарні. Зібрана та систематизована мультидисциплінарною реабілітаційною командою інформація допомагає іншим — освітянам, соціальним працівникам, фахівцям інших галузей та систем забезпечення в державі.

А це, своєю чергою, значно покращує якість надання всього спектра послуг, необхідних людині та її сім'ї, — соціальних, освітніх, послуг із працевлаштування, підтримки працевлаштування та інших.

І тут ми підходимо до принципового питання. Наскільки складно запустити процес впровадження МКФ саме зараз?

Так, втілювати масштабні зміни під час війни — це подвійний виклик. Але ви можете привнести позитивні зміни у свою громаду, у свою лікарню, у своє відділення, власним прикладом демонструючи, що зміни — це на краще. Для цього і створений цей курс.

ТЕМА 1

РЕАБІЛІТАЦІЯ. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Історично становленню реабілітації як окремої стратегії охорони здоров'я сприяли війни та епідемії. Тому зараз — той час випробувань, коли необхідно оновити уявлення про реабілітацію в нашій країні.

Наразі Україна перебуває у процесі реформування системи надання реабілітаційної допомоги. Це потребує активної взаємодії як між фахівцями різних сфер, так і між органами державної влади.

З метою побудови ефективної комунікації між ними потрібна уніфікована мова для опису станів здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям. Такою мовою є МКФ — міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, яка розроблена з урахуванням біопсихосоціальної моделі.

МКФ відійшла від класифікації «наслідків захворювання» та стала класифікацією «компонентів здоров'я». На основі цієї класифікації у 2022 році в Україні було затверджено Національний класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я НК 030:2022.

В Україні його будуть використовувати з метою документування реабілітаційної допомоги та встановлення стійкого обмеження повсякденного функціонування.



Завантажити актуальну версію класифікатора

Важливо розуміти відмінності між реабілітацією та іншими стратегіями охорони здоров'я.

«Реабілітація — це комплекс втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення обмеження життєдіяльності в осіб зі станами здоров'я у взаємодії з їх оточуючим середовищем». ВООЗ, 2020 р.

Отже, реабілітація є комплексною. Тому некоректно поділяти її на фізичну, когнітивну, психологічну, соціальну, спортивну та інші види.

Своєю чергою, індивідуальний реабілітаційний план може складатися з програми фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови і мовлення, психологічної допомоги та соціальної підтримки, а також містити інші види втручань та послуг.

Реабілітація є невід'ємною частиною загального охоплення допомогою у сфері охорони здоров'я. Іншими складовими є: сприяння зміцненню здоров'я, профілактика захворювань, лікування і паліативний догляд.

Вона допомагає людям різного віку ставати максимально незалежними у повсякденній діяльності. Вони можуть навчатись, працювати, відпочивати та брати на себе значущі життєві ролі. Наприклад, можуть піклуватись про родину і виховувати дітей.

Отже, основною метою реабілітації є оптимізація функціонування та зменшення обмежень життєдіяльності.

За прогнозами, потреба в реабілітаційній допомозі у світі зростатиме через зміни у стані здоров'я та характеристиках населення. Йдеться про старіння та збільшення кількості людей із хронічними захворюваннями, що призводять до обмежень життєдіяльності.

Наразі потреба в реабілітації в основному не задоволена. На це є декілька причин.

Перш за все в контексті українських реалій потрібно пам'ятати, що потреба в реабілітаційній допомозі серед військових та цивільного населення зростає щоденно внаслідок військової агресії росії проти України.

ВТІМ, Є Й ІНШІ ПРИЧИНИ, ЯКІ ВАРТО ВРАХОВУВАТИ



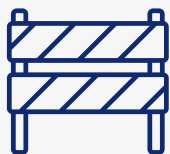
Вартість і доступність реабілітаційної допомоги загалом

У деяких країнах із низьким і середнім рівнем доходу понад 50% людей не отримують необхідних реабілітаційних послуг. Половина просто не може дозволити собі допомогу у сфері охорони здоров'я.



COVID-19

Реабілітаційна допомога є одним із видів допомоги, який найбільше постраждав від пандемії. З одного боку, потреба в реабілітаційній допомозі різко збільшилася, а з іншого — її доступність знизилася через карантинні обмеження.



Нерівність прав у доступі до послуг

Люди зі стійким обмеженням повсякденного функціонування мають гірший стан здоров'я, доступ до освіти та роботи і більш схильні жити в бідності, ніж люди без таких обмежень.

1.2. ЧОМУ РЕАБІЛІТАЦІЯ МАЄ БУТИ АКТИВНОЮ? ЩО ТАКЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Для того, щоб розпочати детальний розгляд Міжнародної класифікації функціонування, варто поставити важливе питання, відповідь на яке лежить в основі реабілітаційного процесу та впливає на його якість і на відновлення функціонування.

Чи обов'язково реабілітація має бути активною?

Спочатку згадаємо, що таке функціонування, бо саме його відновлення і є головною метою реабілітації.

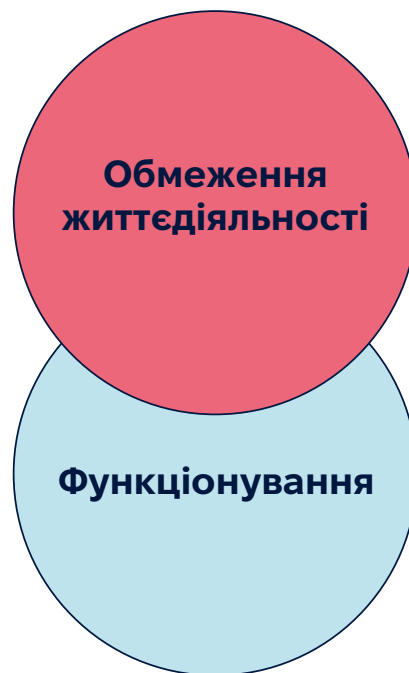
Функціонування є загальним терміном, який охоплює всі функції, види активності та участі.

З одного боку, їхні складові можуть використовувати для позначення проблеми. Наприклад, якогось порушення, обмеження активності або обмеження можливості участі.

З іншого боку, вони можуть вказувати на нейтральні аспекти здоров'я та стани, пов'язані зі здоров'ям.

У МКФ функціонування і обмеження життєдіяльності людини зображують у вигляді динамічної взаємодії між різними змінами стану її здоров'я та середовищем.

Отже, функціонування описує те, як людина взаємодіє зі світом довкола. Чи здатна вона переміщуватись самостійно? Чи комунікує? Чи може за собою доглядати? Чи може працювати? Це все — про різні аспекти її життя і те, наскільки активним воно може бути.



Чи може функціонування, взаємодія людини зі світом, бути пасивним?
Тут варто згадати, з якими побажаннями звертаються пацієнти. Вони кажуть: «Хочу ходити! Хочу повернутися на роботу! Хочу бути незалежним у побуті! Хочу спілкуватися!» Всі ці бажання — про активні дії, взаємодії з іншими людьми та світом.

А чи може відновлення функціонування бути пасивним, базуватися на пасивних методах реабілітації?

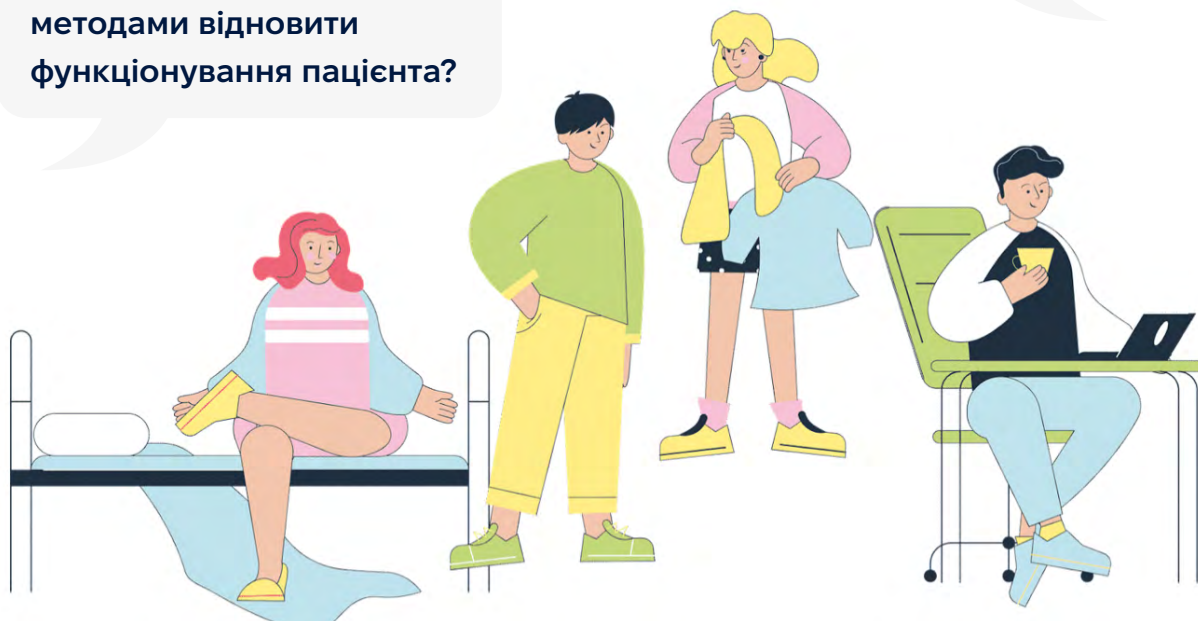
Це питання складніше, ніж здається.

Одним із основних засобів реабілітації є фізична вправа. А точніше — терапевтична вправа.

ТЕРАПЕВТИЧНА ВПРАВА

Чи можна пасивними методами відновити функціонування пацієнта?

Чи можна через пасивні методи залучити до активності?



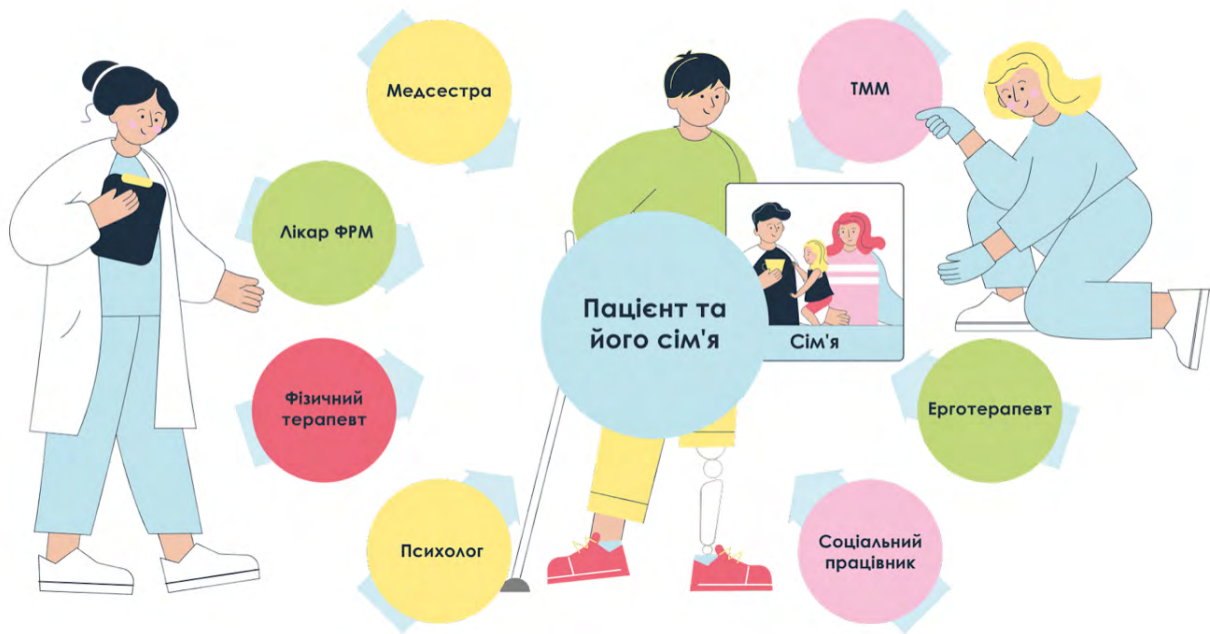
Вона має бути цілеспрямованою, активною та функціональною, бо саме такі терапевтичні вправи дають змогу ефективно відновлювати самостійність пацієнтів, яка пов'язана з рухом та активними діями.

Терапевтичні вправи дають змогу відновити тонус м'язів, силу, збільшити амплітуду рухів. На користь вправ працює те, що вони прості, фізіологічні, легко дозуються та зрозумілі пацієнту. Через них можна залучити його до щоденної активності: переміщення, одягання, комунікації і таке інше.

Терапевтичні вправи є абсолютно самостійним методом відновлення. Їхнє значення у відновленні — величезне.

Але насправді це ще не весь потенціал фізичної вправи в реабілітації, яка має на меті активну дію пацієнта.

Чи можна дати повноцінну оцінку функціонування пацієнта без використання інструментів, що охоплюють активні дії та залучення пацієнта? Відповідь — ні. Вони є основою оцінювання як порушень та обмежень функціонування, так і результатів терапії.



Є одне запитання, яке фахівці з реабілітації чують найчастіше у різних варіантах. Чи обов'язково реабілітація має бути активною?

Чи можна пасивними методами відновити функціонування пацієнта? Або: Чи можна через пасивні методи залучити людину до активності? Перш ніж відповідати, варто згадати, про які пасивні методи відновлення йде мова.

Відразу спадають на думку такі методи, як масаж, апаратна фізіотерапія, але це також і позиціонування, і мануально-м'язові, суглобові техніки та інше. І значення цих методів теж не можна недооцінювати!

Їх активно застосовують для впливу на такі складові функціонування, як структури та функції організму, для зменшення набряку, болю, збільшення амплітуди рухів та іншого.

Але варто пам'ятати, що, на відміну від терапевтичних вправ, їхнє використання значно обмежене. Не всі ці методи мають достатню доказову базу, аби дійсно бути вартими використання за тих чи інших станів.

«Тож реабілітація має бути комплексною. В ній можливе поєднання різних втручань. Але ми маємо розуміти, що не можна відновити ходьбу, лежачи на кушетці. Не можна зробити ампліпульс і впевнено сказати, що тепер ви можете самостійно приймати їжу».

Пасивні методи не мають переважати! Застосовувати їх треба з чітким розумінням очікуваного ефекту на складові функціонування і завжди пам'ятати про активний рух та залучення пацієнта!

Але окрім фізичного боку реабілітації є ще й емоційний. Пацієнт має бути суб'єктом, а не об'єктом втручання спеціаліста. Він або вона — це рівний учасник процесу відновлення, побудованого навколо його або її потреб та побажань.

Взагалі активну участь пацієнта складно переоцінити. Спільне визначення мети терапії, її завдань значно підвищує мотивацію обох сторін та ефективність процесу в цілому.

Коли кожного дня, виконуючи терапевтичну вправу, залучаючись до повсякденної активності, людина бачить результат і це підвищує її відповідальність, а можливість впливати, діяти, досягати своєї мети — надихає.

«Тому пам'ятайте: В основі ефективної реабілітації — активне залучення пацієнта. Дійте!»

1.3. СКЛАД МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ. ЛІКАР ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Визначення мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК)

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда — це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями. Вони надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу у стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах.

Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює лікар або лікарка фізичної та реабілітаційної медицини, що відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду. Ця людина відповідає за організацію роботи всіх фахівців та за її результати.

СКЛАД МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ



ВЗАЄМОДІЯ З ІНШИМИ ФАХІВЦЯМИ



Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування людини, яка потребує реабілітації. А ще — від специфіки реабілітаційного закладу, відділення чи підрозділу.

Приміром, у закладах, де надається реабілітаційна допомога неповнолітнім або людям з психічними розладами, до складу реабілітаційної команди можуть входити лікарі-спеціалісти відповідного профілю. Також за необхідності до команди можуть входити й інші фахівці, які відповідають кваліфікаційним вимогам, встановленим законодавством.

Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди в консультативному режимі у разі потреби на запит лікаря ФРМ.

Форма роботи МДРК

Як працює мультидисциплінарна реабілітаційна команда? Фахівці співпрацюють на зборах, де за результатами реабілітаційного обстеження розробляють індивідуальний реабілітаційний план. Також на зборах команда розглядає результати моніторингу, оцінює виконання плану та коригує його за потреби.

Єдиний лікар, який входить до складу МДРК, — це лікар ФРМ.

Профіль спеціальності «Фізична та реабілітаційна медицина» (ФРМ)

Фізична та реабілітаційна медицина:

- + первинна медична спеціальність, орієнтована на особу та функціонування
- + має багатомодальний підхід
- + має трансверзальну роль
- + спрямовує зусилля на надання допомоги особам різного віку з різними станами здоров'я, зосереджуючи увагу на порушеннях функціонування з метою досягнення максимальної участі особи

Лікарі ФРМ:

- + мають медичні обов'язки та додаткові компетентності, пов'язані з організацією функціонального оцінювання
- + безпосередньо забезпечують лікування та координують роботу мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Лікуючий лікар під час надання реабілітаційної допомоги

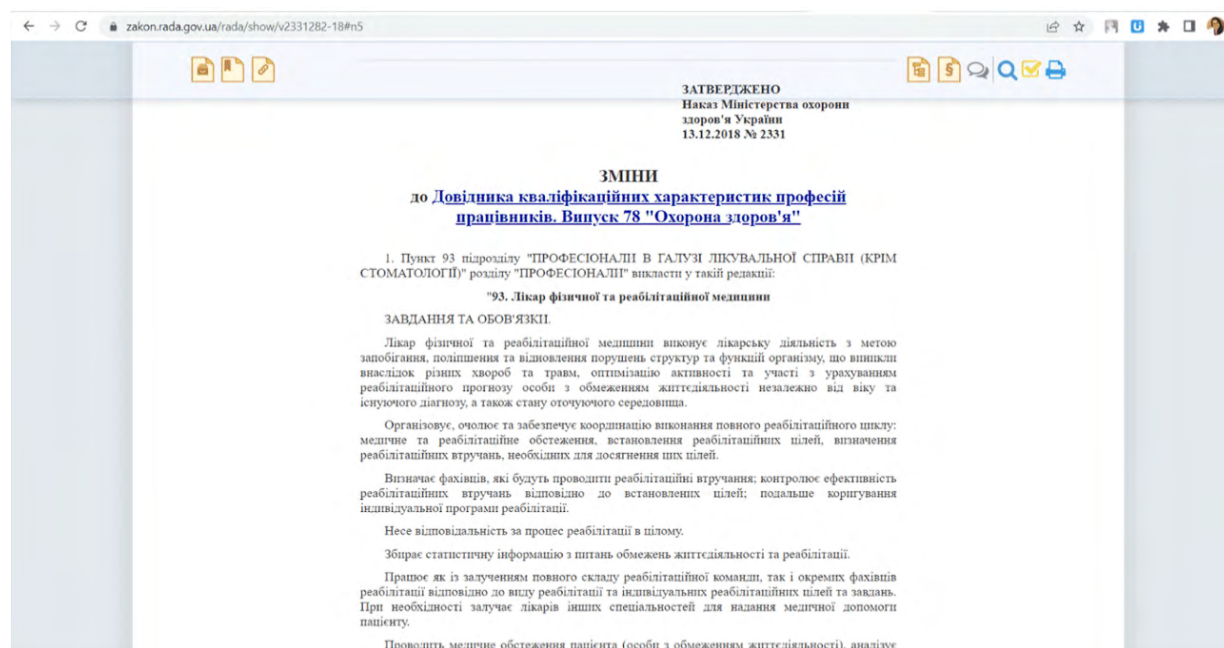
Важливим аспектом роботи лікаря ФРМ є розподіл відповідальності. Тож у який момент відповідальність за пацієнта переходить до лікаря ФРМ? Все дуже просто.

В гострому періоді реабілітації лікуючим лікарем є лікар закладу, відділення, підрозділу, в якому надається медична допомога.

У післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах лікуючим лікарем стає лікар фізичної та реабілітаційної медицини. Отже, він несе відповідальність за життя та здоров'я пацієнта.

Кваліфікаційні характеристики лікаря ФРМ

Кваліфікаційні характеристики лікаря ФРМ внесені до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117.



Відповідно до згаданого документу, метою діяльності лікаря ФРМ є: запобігання, поліпшення та відновлення порушень структур та функцій організму, оптимізація активності та участь з урахуванням реабілітаційного прогнозу людини з обмеженням життєдіяльності.

Перелік компетенцій цього спеціаліста доволі великий. Тому їх можна згрупувати за основними напрямками роботи.

Лікар ФРМ має управлінські компетенції

Він організовує, очолює та забезпечує координацію виконання повного реабілітаційного циклу від обстеження до контролю результатів, визначає фахівців, які будуть надавати допомогу особі, що потребує реабілітації, працює як із залученням повного складу реабілітаційної команди, так і окремих фахівців, ініціює та організовує збори команди, щоб оцінити ефективність і за потреби внести зміни в індивідуальний реабілітаційний план, веде медичну документацію та несе відповідальність за процес реабілітації в цілому.

Друга група компетенцій пов'язана з аналітичною і дослідницькою роботою.

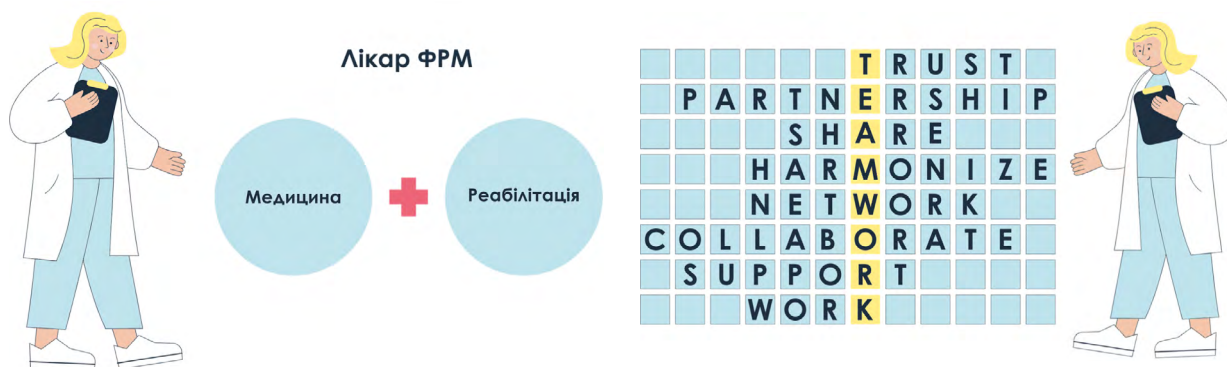
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини збирає статистику з питань обмежень життєдіяльності та реабілітації, бере участь у моніторингу здоров'я населення та обмежень життєдіяльності, сприяє поширенню знань про реабілітаційну допомогу серед населення. Це спеціаліст, який має бути постійно в контексті новин у сфері.

Ще однією важливою компетенцією є налагодження співпраці з пацієнтом, членами його родини та законними представниками.

Базовий набір компетенцій лікаря ФРМ включає діагностику та лікування.

Він проводить медичне та реабілітаційне обстеження, інтерпретує результати параклінічного обстеження, аналізує та інтерпретує результати досліджень, застосовує методи функціонального оцінювання, спеціалізовані тести, шкали та опитувальники.

Лікар ФРМ призначає та коригує фармакотерапію. Проводить медичні процедури і маніпуляції, володіє методами рухової реабілітації, мануальної терапії, дієтотерапії.



Фактично, лікар фізичної та реабілітаційної медицини має базові навички фахівців різних спеціальностей.

Також він має володіти хорошими управлінськими та комунікативними навичками, бути ефективним практиком та постійно вдосконалювати свій професійний рівень.

Як стверджувалося раніше, спеціальність лікаря ФРМ є трансверзальною щодо інших спеціальностей сфери охорони здоров'я, тобто перетин у компетенціях закладений у ній за визначенням. Це обумовлено необхідністю поєднувати знання та навички, які стосуються медицини та реабілітації, але це не означає перетину відповідальності.

Висновки

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини — єдиний фахівець з реабілітації, який здійснює медичні втручання. Саме йому будуть дзвонити вдень і вночі у випадку виникнення ускладнень.

Він буде контролювати процес надання реабілітаційної допомоги, стежити за динамікою стану здоров'я та коригувати фармакотерапію.

За необхідності, він буде призначати додаткові обстеження та консультації інших спеціалістів, формувати медичні висновки про тимчасову непрацездатність, оформлювати документацію для лікарсько-консультативних та медико-експертних комісій, а також вирішувати з іншими службами суперечливі питання щодо подальшого маршруту пацієнта.

В Україні лікар фізичної та реабілітаційної медицини — це «молода» спеціальність.

Її кваліфікаційні характеристики створені на основі міжнародних рекомендацій і відображають кінцеву мету розвитку спеціальності.

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які зараз практикують, перейшли з інших лікарських спеціальностей після тримісячних курсів. Рівень їх компетентності залежить від якості підготовки на клінічних базах під час інтернатури та спеціалізації, а також від досвіду стажувань в реабілітаційних клініках країн з розвинутою системою надання реабілітаційної допомоги, менторства з боку досвідчених лікарів ФРМ з-за кордону і України, попереднього клінічного досвіду та спеціальності.

«Кваліфікаційні характеристики лікаря ФРМ створені на основі міжнародних рекомендацій і відображають кінцеву мету розвитку спеціальності».

В зв'язку з тим, що лікарі фізичної та реабілітаційної медицини надають допомогу людям з різними станами здоров'я, вони мають володіти широким спектром знань та навичок.

Це необхідно для вирішення медичних питань, питань оптимізації функціонування та координації роботи команди.

В Україні це «молода» спеціальність, яка формується, потребує створення клінічних баз для навчання мультидисциплінарних команд, чіткого плану та підтримки в розвитку з боку державних інституцій.

Отже, вектор розвитку системи надання реабілітаційної допомоги в Україні заданий, а ми з вами стаємо рушійною силою майбутніх змін.

1.4. ПРЯМА МОВА: АЛЛА ПІВНИК. РОБОТА МДРК НА ОСНОВІ МКФ В УКРАЇНІ

Мене звати Алла Півник, я лікар ФРМ та керівник мультидисциплінарної команди міської клінічної лікарні №4 (м. Дніпро)



Великим поштовхом, щоб створити реабілітацію, були зміни фінансування в охороні здоров'я. Заклади підписали договори з Національною службою здоров'я України. До речі, це стало великим поштовхом для розвитку реабілітації в нашій країні.

Це відділення розвивалося з перетворення відділення фізіотерапії на відділення реабілітації. В цей заклад прийшла вже сформована мультидисциплінарна команда: я — лікар ФРМ, фізичний терапевт і ерготерапевт. Також ми підписали договір з медичним університетом і являємося викладачами на кафедрі реабілітації.

Нам дуже пощастило, що адміністрація цієї лікарні зрозуміла, що реабілітаційне відділення — це самостійний структурний підрозділ, що лікарем такого підрозділу має бути лікар фізичної та реабілітаційної медицини, що ми постійно розвиваємося і нам треба все більше розширювати штатний розпис. Лікарня велика — на 750 ліжок — і забезпечити реабілітацію в гострому періоді також дуже необхідно.

Коли наше відділення створилося, це було всього п'ять ліжок. Ми не були сконцентровані в цьому відділенні, тут не було нічого, були просто стіни. Наші пацієнти лежали в різних відділеннях і ми як зайці бігали від одного відділення до іншого, і надавали їм реабілітаційну допомогу. Ми ремонтувалися і купували обладнання за власні зароблені кошти з пакетів медичних гарантій, не було іншої допомоги.

Зараз ми закінчуємо третю частину ремонту, маємо вже тридцять ліжок, і сподіваємося що відділення буде цільне. Воно буде розділене між амбулаторним і стаціонарним залом, ми заповнені тим обладнанням, якого хотіли. Надіюся, що років на десять.

Єдине, що знали, — вся реабілітація, якою ми займаємося, була направлена на те, щоб пацієнт був незалежним у цьому світі. Це давало нам натхнення далі працювати. Складно було, що ми прийшли у працююче відділення фізіотерапії. Фахівці, які працювали тут, не мали бути звільнені: треба було зробити плавний перехід від старої реабілітації до формування нової мультидисциплінарної команди. Треба було зберегти стару команду і підлаштувати її до нових викликів, які надає реабілітація, яка зайшла.

Виклики були, що нас було мало й треба було навчати багато фахівців. Це також займало якийсь період часу.

24 числа (24 лютого 2022 р.) ми всі прокинулися від того, що грохнуло все місто. Ми — просто люди, звичайно, було повне нерозуміння, що відбулося. Ні в кого не виникло питання з команди, чи їхати на роботу. Зібралися всі. Ми переживали це в 14-му році, ми знали, що будемо евакуаційним хабом, до нас будуть привозити поранених і треба руки.

У мене стояло завдання — зберегти команду.

Серцем реабілітаційного відділення є мультидисциплінарна команда. Може бути дорогавартісне обладнання, гарне приміщення, але найголовніше, що є в відділенні — це команда.

І вона справді дуже цінна, на сьогодні вона велика, згуртована. Ми вміємо працювати разом — це найголовніше.

1.5. ФІЗИЧНИЙ ТЕРАПЕВТ

Цей розділ присвячено фізіотерапевту — першому фахівцю з реабілітації, який з'явився в Україні майже 30 років тому

Фізичні терапевти

«...розвивають, підтримують і відновлюють максимальну рухову активність та функціональну здатність протягом усього життя. Послуга надається за обставин, коли рухи і функції знаходяться під загрозою старіння, травми, болю, хвороби, розладів, умов та/або факторів навколишнього середовища та з розумінням того, що функціональний рух є центральним для визначення бути здоровим».

World Physiotherapy

Фізичний терапевт має вищу освіту рівня магістра в галузі охорони здоров'я.

Він має глибоке розуміння будови та функцій організму та може надавати послуги, пов'язані з ортопедичними, неврологічними, дихальними, серцево-судинними та іншими станами.

«Діяльність фізичних терапевтів охоплює сфери фізичного, психологічного, емоційного та соціального добробуту».

Фізичні терапевти є автономними фахівцями з реабілітації

Це означає, що вони можуть надавати реабілітаційну допомогу як самостійно, так і у мультидисциплінарній реабілітаційній команді.

У своїй роботі фізичні терапевти дотримуються підходу активної функціональної реабілітації.

Основним засобом фізичної терапії є терапевтичні вправи

Фізичні терапевти застосовують функціональні тренування, які пацієнт може виконувати на роботі, в громаді та під час дозвілля. Це може бути тренування з самообслуговування, ведення домашнього господарства.

Також фізичні терапевти використовують методи мануальної терапії, зокрема мобілізацію або маніпуляції, електротерапевтичні та механічні модальності, дихальні техніки.

Фізичні терапевти призначають, застосовують та за необхідності виготовляють допоміжні, адаптивні та інші пристрої і обладнання.

Фізичний терапевт самостійно призначає, планує та здійснює втручання з фізичної терапії

На початку роботи з пацієнтом фізичний терапевт проводить комплексне обстеження, оцінювання та моніторинг із використанням інструментів, відповідних стану здоров'я пацієнта.

Далі на основі результатів обстеження він складає програму фізичної терапії, визначає мету та завдання, очікувані результати, комплекс заходів та втручань. При цьому фізичний терапевт визначає можливість, необхідність, вид, форму, тривалість та обсяг втручань. Це може бути позиціонування, терапевтичні вправи, масаж, мануально-м'язові та суглобові техніки і багато іншого.

За необхідності фізичний терапевт визначає потреби, підбирає та налагоджує роботу технічних засобів реабілітації.

Важливою складовою роботи фізичного терапевта є взаємодія і спілкування з пацієнтом та його родиною чи опікунами, консультування та надання рекомендацій.

Серед завдань фізичного терапевта є й аналітична складова. Він здійснює поточний та оперативний контроль, аналізує хід виконання програми фізичної терапії і коригує її.

Весь процес реабілітації терапевт відображає у документації.

Що змінюється, якщо фізичний терапевт працює у складі реабілітаційної команди?

До його професійної діяльності додається участь у плануванні процесу реабілітації та у зборах.

Фізичний терапевт на рівних з іншими членами команди бере участь у розробці та коригуванні індивідуального реабілітаційного плану, виписці та можливому продовженні терапії, консультує інших членів команди.

Координація роботи асистента фізичного терапевта теж є його завданням.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Мануально-м'язові та суглобові техніки



Функціональне тренування



Преформовані фізичні чинники



Терапевтичні вправи



Дихальні техніки

Призначення та застосування допоміжних засобів реабілітації

В чому унікальність професії фізичного терапевта?

Своїм особистим і професійним поглядом на це питання у наступному розділі ділиться Олег Білянський — фізичний терапевт відділення реабілітації лікарні Святого Пантелеймона Першого територіального медичного об'єднання м. Львова, кандидат наук і доцент, член правління «Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів». У нейрореабілітації Олег розвивається вже 19 років.

1.6. ПРЯМА МОВА: ОЛЕГ БІЛЯНСЬКИЙ. ФІЗИЧНИЙ ТЕРАПЕВТ

Мене звати Білянський Олег, я є фізичним терапевтом відділення фізичної реабілітації лікарні святого Пантелеймона міста Львова



Основними якостями фізичного терапевта є здатність до аналізу і клінічного мислення, бажання працювати в команді, надавати допомогу пацієнтам із різними патологіями. Це є бажання навчатися чомусь новому, оскільки професія кожен рік змінюється. Кожного року виходять нові дослідження в фізичній терапії та загалом реабілітації, тому фізичний терапевт має йти в ногу з часом, вдосконалювати свої вміння та навички, знання з кожним роком. Це допомагає нам надавати більш якісну реабілітаційну допомогу пацієнтам з різними нозологіями. Це є бажання працювати в команді, оскільки фізичний терапевт є членом мультидисциплінарної команди, яка працює над покращенням стану пацієнта.

Фізичний терапевт має бути сильним духом, креативним, оскільки, на жаль, стандартні підходи чи набір стандартних вправ не завжди підійде кожному пацієнту. Оскільки ми шукаємо індивідуальний підхід для роботи з кожним пацієнтом, це є творчість.

Це є досить творча професія, яка базується на глибоких знаннях медицини, патології, фізичного виховання, спорту. Також невід'ємною частиною є психологічний аспект. Відповідно, програма реабілітації, а саме фізичної терапії з кожним пацієнтом, — це є творчий процес кожного фізичного терапевта.

Напевно, саме поєднання тих багатьох факторів діяльності фізичного терапевта роблять унікальним цю професію і цей фах в цілому. Ми мусимо знати багато напрямів роботи інших спеціалістів і включати їх в свою роботу. Фізична терапія знаходиться посередині між медициною і фізичним вихованням. Відповідно, вона поєднує в собі ці дві складові.

Тобто, ми можемо через рух досить ефективно впливати на здоров'я людини. Цінністю цієї професії є те, що ми можемо працювати на будь-якому етапі відновлення людини, починаючи з гострого — перших 24 годин. Ми можемо допомогти людині вже в перші 24 години навіть звичайним пасивним рухом

чи виклавши в лікувальне або профілактичне положення і аж до моменту одужання. І знову ж таки, сфера діяльності фізичного терапевта щодо вікової градації — ми працюємо зі всім контингентом людей і зі всіма патологіями з нуля і до ста років.

У нас є, напевно, один великий міф, що фізичний терапевт — це масажист, фізкультурник. Ми часто зустрічаємося з нерозумінням того, хто такий фізичний терапевт. На жаль, незважаючи на мій практичний досвід (понад 18 років у професії) нам досить часто доводиться доводити, що ми не масажисти, хоча масаж є одним із елементів фізичної терапії, але далеко не основним.

1.7. ЕРГОТЕРАПЕВТ

Що це за професія та чим займаються її представники?

Як і у фізичних терапевтів, у них є власна професійна організація — Всесвітня федерація ерготерапевтів. Вона дає таке визначення ерготерапії:

«Це професія у сфері охорони здоров'я, спрямована на зміцнення здоров'я та благополуччя через заняттєву активність. Основною метою ерготерапії є надання людям можливості брати активну участь у повсякденному житті. Ерготерапевти досягають цього результату, працюючи з людьми та спільнотами, щоб підвищити їхню здатність виконувати заняття, які вони хочуть, повинні виконувати або виконання яких від них очікується».

У цьому контексті «заняття» (occupations) — це щоденні активності, які люди виконують самостійно або разом з іншими людьми. Це можуть бути дії у сферах самообслуговування, професійної діяльності чи роботи, навчання, дозвілля, гри.

Ерготерапевти є автономними фахівцями з реабілітації, мають вищу освіту рівня магістра в галузі охорони здоров'я, можуть працювати самостійно або у складі мультидисциплінарної команди.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини може вважати, що пацієнту потрібне втручання ерготерапевта, але саме ерготерапевт ухвалює остаточне рішення про це на основі власного скринінгу та оцінювання.

Ерготерапевти працюють з особами усіх вікових груп та різноманітних станів здоров'я, що супроводжуються проблемами заняттєвої участі. Найчастіше ці спеціалісти допомагають особам із вродженими, набутими внаслідок травми або інвалідизації фізичними, психічними, емоційними та когнітивними проблемами.

На що спрямована робота ерготерапевта?

У більшості випадків ерготерапевт спрямовує свої втручання на активність та участь пацієнта і модифікацію факторів середовища, щоб він набув максимально доступної йому самостійності у повсякденних справах.

Які завдання має ерготерапевт?

Завдання ерготерапевта охоплюють розвиток, відновлення, компенсацію або підтримання сенсомоторних, когнітивних та психосоціальних функцій і навичок, організацію виконання повсякденних занять у сфері самообслуговування, професійної діяльності, навчання та дозвілля — всього, що може знадобитись у повсякденному житті: від самостійного прийому їжі до керування авто.

Також ерготерапевт проводить модифікацію та адаптацію заняттєвої активності, тобто фактично шукає для пацієнта нові способи виконання повсякденних завдань.

Ще ерготерапевт працює над модифікацією та адаптацією середовища проживання, працевлаштування, навчання та спілкування відповідно до потреб пацієнта.

Для покращення заняттєвої участі ерготерапевт надає рекомендації щодо технічних засобів реабілітації, допоміжного обладнання і навчає ними користуватись пацієнта і його родину. Ерготерапевт може виготовляти ортези для верхньої кінцівки.

До завдань ерготерапевта належить і консультування сімей, доглядачів, організацій, навчання мобільності у громаді, у тому числі керування транспортними засобами та користування громадським транспортом тощо.

Нарешті, ерготерапевт використовує терапію годування та менеджмент вживання їжі.

Ерготерапевт провадить свою клінічну діяльність в межах реабілітаційного циклу. Він складається з обстеження, аналізу результатів, складання програми терапії, власне втручань та аналізу результатів.

Незалежно від того, чи автономно працює ерготерапевт, чи в команді, він самостійно призначає, планує та здійснює втручання з ерготерапії.

Перед початком роботи з пацієнтом ерготерапевт проводить обстеження, оцінювання та моніторинг із використанням стандартизованих та нестандартизованих інструментів та шкал.

Отримана інформація є для нього основою для складання програми ерготерапії, визначення мети, завдання, виду, форми, тривалості та обсягу втручань ерготерапії та очікувань від неї.

Застосовує такі підготовчі методи втручань, як позиціонування, використання преформованих фізичних чинників, терапевтичні вправи тощо.

У роботі з пацієнтом ерготерапевт здійснює ерготерапевтичні втручання з терапевтичним використанням заняттєвої активності.

Він застосовує методики корекції сенсорних, когнітивних, моторних та психосоціальних порушень, пов'язаних із повсякденним функціонуванням.

Ерготерапевт визначає потреби, здійснює підбір, пристосування та навчання щодо використання технічних та інших засобів реабілітації та виробів медичного призначення, за необхідності може здійснити виготовлення індивідуальних ортезних виробів для покращення заняттєвої участі.

Крім того, ерготерапевт оцінює середовище пацієнта з метою його модифікації та адаптації.

Він здійснює поточний та оперативний контроль, аналізує хід виконання програми ерготерапії і коригує її.

ЕРГОТЕРАПЕВТ САМОСТІЙНО

- + призначає, планує та здійснює втручання з ерготерапії
- + проводить ерготерапевтичне обстеження, оцінювання та моніторинг з використанням стандартизованих та нестандартизованих інструментів та шкал
- + складає програми ерготерапії на основі ерготерапевтичного обстеження
- + визначає мету, завдання програми ерготерапії, очікувані результати, а також вид, форму, тривалість та обсяг втручань ерготерапії
- + здійснює ерготерапевтичні втручання з терапевтичним використанням заняттєвої активності
- + застосовує підготовчі методи втручань (позиціонування, використання преформованих фізичних чинників, терапевтичні вправи тощо)
- + застосовує методики корекції сенсорних, когнітивних, моторних та психосоціальних порушень, пов'язаних із повсякденним функціонуванням
- + визначає потреби, здійснює підбір, пристосування і навчання щодо використання технічних та інших засобів реабілітації та виробів медичного призначення
- + призначає, здійснює підбір та виготовлення індивідуальних ортезних виробів, навчання особи їх використанню для покращення заняттєвої участі
- + оцінює середовище особи, яка потребує реабілітації, та інформує членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди про створення оптимального та сприятливого середовища для ефективної заняттєвої участі, оцінювання і прогнозування безпеки самостійного проживання особи, яка потребує реабілітації
- + здійснює поточний та оперативний контроль
- + аналізує хід виконання програми ерготерапії
- + корегує програму ерготерапії

Весь процес реабілітації терапевт відображає у медичній документації.

Робота ерготерапевта в команді

Коли ерготерапевт є частиною реабілітаційної команди, то до його професійної діяльності додається участь у плануванні процесу реабілітації та у зборах.

Ерготерапевт спільно з командою розробляє план, коригує його, бере участь у плануванні виписки та визначенні потреби у продовженні ерготерапії, а також здійснює координацію роботи асистента ерготерапевта.

Інформує членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди про створення оптимального та сприятливого середовища для ефективної заняттєвої участі пацієнта.

1.8. ПРЯМА МОВА: ОЛЬГА МАНГУШЕВА. ЕРГОТЕРАПЕВТ

Вітаю. Мене звати Ольга Мангушева. Я є ерготерапевткою, викладачкою ерготерапії, головою правління українського товариства ерготерапевтів, делегаткою від України до всесвітньої Федерації ерготерапевтів



Насамперед зазначу, ким ерготерапевт не є. Ерготерапевт не є фахівцем з самообслуговування або розвитку дрібної моторики. В контексті інших професій у сфері охорони здоров'я унікальним для ерготерапії є те, що нашим клієнтом є людина з будь-яким характером обмеження функціонування, або навіть людина, яка є у зоні ризику щодо обмеження функціонування.

Клієнтами ерготерапії можуть бути особи будь-якого віку незалежно від стану здоров'я, які мають труднощі у виконанні повсякденних занять або бажаної чи очікуваної активності, яка пов'язана з певними заняттєвими ролями.

Наприклад, ролями матері, доньки, студента, фахівця, або волонтера. Але клієнтом ерготерапії може бути також ВПО (внутрішньо переміщена особа), яка пережила психічну травму, внаслідок цього не спроможна виконувати ті заняття, які ви і я виконуємо самостійно щоденно: доглядати за дітьми, працювати, бути самостійними у самообслуговуванні, дбати про власне помешкання, користуватися громадським транспортом або водити авто. Це ті заняття, які ми в ерготерапії називаємо заняттєвою активністю.

Унікальним для ерготерапії є те, що навіть коли подальше відновлення або розвиток фізичних/психічних функцій є неважливим і фактично інші професії не мають механізмів впливу, ерготерапія виявляється найбільш ефективною.

Ми можемо покращити якість життя клієнта незважаючи на його функціональний рівень. У такому випадку ми працюємо безпосередньо із середовищем клієнта: адаптуємо, модифікуємо його, підбираємо або виготовляємо адаптивні засоби для покращення виконання тих занять, які клієнти вважають для себе бажаними і необхідними.

На мою думку, найважливішими якостями ерготерапевта є емпатія, креативність і готовність до постійного професійного розвитку. А щодо емпатії і вміння слухати клієнта: ми є найбільш ефективними тоді, коли клієнт визначає для себе конкретні заняттєві цілі, які його мотивують. Для кожної людини це є щось унікальне.

Міфом є також те, що різниця між фізичною терапією та ерготерапією є не така вже й велика, що ерготерапія є засобом або методом, який може використати будь-який фахівець з реабілітації. **Тому найголовніше, що я маю зазначити — це те, що ерготерапія є окремою автономною професією у сфері охорони здоров'я з освітою на рівні магістратури.** Ерготерапевти є самостійними фахівцями, які у складі мультидисциплінарної команди ухвалюють незалежні клінічні рішення у межах своїх компетенцій, самостійно проводять скринінг і оцінювання пацієнтів, визначають доречність, обсяг та інтенсивність ерготерапії, якої потребує клієнт або пацієнт, визначають у співпраці з пацієнтом цілі й проводять втручання.

Ерготерапевти є невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди, в якій кожна професія має свої унікальні риси та засоби впливу. Але усі ми працюємо на один спільний результат — на покращення якості життя наших клієнтів.

1.9. ТЕРАПЕВТ МОВИ І МОВЛЕННЯ

Ще один фахівець з реабілітації, який має зовсім нову для України професію, — це терапевт мови і мовлення.

Хто він? Чим займається цей спеціаліст у сфері охорони здоров'я? Перш за все, розвіємо цей туман невизначеності.

Терапевт мови і мовлення — це незалежний фахівець у сфері охорони здоров'я. Він працює з усім спектром розладів комунікації та ковтання у людей різних вікових категорій.

Найчастіше метою терапевта мови і мовлення є відновлення та/або підтримка максимально можливого рівня усіх аспектів комунікації та ковтання в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, також терапевт мови і мовлення може діяти на випередження і запобігти їхньому виникненню.

У своїй діяльності терапевт мови і мовлення застосовує лише методи, що мають наукове обґрунтування.

Терапевт мови і мовлення працює в рамках реабілітаційного циклу

Спочатку він діагностує розлади комунікації та ковтання, оцінює рівень та характер патології. Потім складає програму терапії, проводить її та контролює ефективність. Також він може працювати з пацієнтами профілактично, аби запобігти розладам комунікації і ковтання у майбутньому.



Як і ті фахівці з реабілітації, про яких говорилося раніше, терапевт мови і мовлення може працювати самостійно або у команді. Незалежно від того, чи автономно він працює, чи в команді, терапевт мови і мовлення самостійно призначає, планує та здійснює терапію мови та мовлення, а також проводить обстеження, що передбачає оцінку, діагностику, формальне та неформальне оцінювання.

Терапевт мови і мовлення виявляє тип і складність генетичних, вроджених, розвиткових, набутих або нейродегенеративних розладів комунікації у пацієнта. Це можуть бути проблеми мовлення, мови, соціальної комунікації, когнітивних аспектів комунікації, розлади ковтання.

Під час обстеження він може провести інструментальну діагностику розладів ковтання і голосу, наприклад, відеоендоскопію, та інтерпретувати результати. Також цей фахівець з реабілітації вивчає середовище, в якому комунікує пацієнт.

Після збору усієї необхідної інформації терапевт мови і мовлення розробляє покрокову індивідуальну програму та план реабілітаційної терапії комунікації та ковтання, після чого здійснює терапевтичні втручання з терапії мови та мовлення.

У процесі роботи з пацієнтом терапевт мови і мовлення розробляє, призначає та застосовує відповідні технічні та інші засоби реабілітації — допоміжні й альтернативні засоби комунікації. Він обирає, застосовує ортопедичні та адаптивні засоби для комунікації, ковтання та верхніх повітряно-травних функцій. Щоб оцінити ефективність втручань, терапевт мови і мовлення проводить етапне реабілітаційне обстеження, аналізує хід виконання програми терапії, корегує її.

ЕРГОТЕРАПЕВТ САМОСТІЙНО

- + призначає, планує та здійснює терапію мови та мовлення
 - + здійснює обстеження (оцінка, діагностика, формальне та неформальне оцінювання), здійснює терапевтичні втручання з терапії мови та мовлення
 - + здійснює менеджмент та профілактику щодо осіб з усім спектром розладів комунікації та ковтання, які потребують реабілітації
 - + виявляє тип і складність генетичних, вроджених, розвиткових, набутих та/або нейродегенеративних розладів комунікації, які
- включають розлади мовлення, мови, соціальної комунікації, когнітивних аспектів комунікації, розлади ковтання
 - + вивчає середовище, в якому комунікує особа, яка потребує реабілітації
 - + розробляє покрокову індивідуальну програму та план реабілітаційної терапії комунікації та ковтання
 - + здійснює етапне реабілітаційне обстеження щодо ефективності реабілітаційних втручань
 - + здійснює обстеження розладів ковтання і голосу та опис резуль-

татів інструментальних досліджень, проведених із застосуванням інструментальної діагностики (відеофлюроскопія, відеоендоскопія, відеостробоскопія тощо)

- + розробляє, призначає та застосовує відповідні технічні та інші засоби реабілітації (допоміжні і альтернативні засоби комунікації)

- + здійснює вибір, застосування ортопедичних та адаптивних засобів для комунікації, ковтання та верхніх повітряно-травних функцій

- + аналізує хід виконання програми терапії

- + корегує програму терапії

Якщо терапевт мови і мовлення працює в команді, то він розробляє стратегію спілкування з пацієнтом із розладами комунікації та ковтання.

Крім того, терапевт мови і мовлення нарівні з іншими бере участь у розробці індивідуального реабілітаційного плану та його коригуванні, залучається до планування виписки та визначення потреби у продовженні терапії.

При роботі в команді терапевт мови і мовлення

- + Вносить зміни до індивідуального реабілітаційного плану в частині терапії комунікації та ковтання.
- + На рівних з іншими членами команди приймає участь у розробці реабілітаційного плану, зборах міждисциплінарної команди.
- + Бере участь у плануванні виписки та визначення потреби у продовженні терапії (відповідно до рівня функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань, прагнень особи, яка потребує реабілітації).
- + Розробляє спільну стратегію спілкування з особою з розладами комунікації та ковтання і надання реабілітаційної терапії (відповідно до індивідуального реабілітаційного плану та рішень мультидисциплінарної команди).

1.10. ПРЯМА МОВА: ОКСАНА ЛЯЛЬКА. ТЕРАПЕВТ МОВИ І МОВЛЕННЯ

Мене звати Оксана Лялька, я засновниця і голова правління Українського товариства терапії мови і мовлення



Сьогодні ми говоримо про реабілітацію і кажемо, що її основна мета — якість життя людини. Якщо ми уявляємо чи задумуємося над питанням про якість життя людини, чи можемо ми уявити його якісним без комунікації?

Загалом дослідження показують, що порушення комунікації більше впливають на якість життя, ніж фізичні порушення, бо при фізичних порушеннях людина як мінімум може сказати, що їй болить, донести, поділитися своїми емоціями і переживаннями. При порушенні комунікації вона цього зробити, на жаль, не може.

Тому дуже важлива функція терапевта мови й мовлення — досягнути оптимально можливого способу комунікації. Це не завжди відновлення мови. Це можуть бути способи альтернативного спілкування, залучення різних додаткових технік, це спілкування очима, коли неможливо спілкуватися органами ротової порожнини, це спілкування за допомогою карток пекс, штучного голосу чи абсолютно різних технологій, які сьогодні присутні на ринку. Терапевт мови й мовлення знає, яку технологію підібрати, бо розуміє комунікацію зсередини.

Друга важлива функція і роль терапевта мови й мовлення — це робота з порушенням ковтання, тобто багатьма функціями, які уможливають комунікацію і процес ковтання (порушення зі щелепою, язиком, органами артикуляції, слухом). Коли ми споживаємо їжу, ми її схоплюємо, жуємо, пережовуємо, вона рухається далі, за весь цей процес відповідає терапевт мови й мовлення.

Логопед — це педагог, фахівець у сфері освіти. Якщо говорити про українського логопеда, то їхня формальна освіта спрямована на розвиткові порушення мовлення у дітей, тобто це дуже вузька галузь. Плюс якщо проаналізувати об'єктивно стан української логопедії, на превеликий жаль, вона дуже глибоко застрягла у радянському союзі.

Педагог не має повноважень здійснювати діагностику, повноважень для незалежної клінічної діяльності, бо це педагог. Формально до педагога лікар скеровує пацієнта з уже встановленим діагнозом і педагог відповідно має здійснювати певну корекцію чи педагогічні втручання.

А коли ми говоримо про терапевта мови і мовлення, це інший підхід — якщо лікар помічає певні порушення комунікації, то він каже: «Так, щось цей пацієнт не говорить». А чого він не говорить — вже розбирається профільний фахівець. І завдання терапевта мови й мовлення: продіагностувати, ідентифікувати — чи це патологія мови, мовлення, чи голосу, ковтання. Тобто, з чим саме він має справу, а далі провести формальне і неформальне обстеження цих патологій, сформувавши певну гіпотезу, підтвердити чи спростувати її, спланувати терапію, проконтролювати ефективність цієї терапії. Це зовсім інший підхід до роботи і до самого пацієнта.

Ці міфи тягнуться шлейфом, напевно, від логопедії, тому що українські логопеди — експерти в масажах. І особливо вони люблять робити масажі такими металевими конструкціями, які називають логопедичними зондами. Тому масажі, особливо при афазіях, не роблять, при артикуляційних порушеннях їх теж не роблять. Є інші способи втручання — наприклад, терапевт мови і мовлення може вчити пацієнта співати!

Терапевт мови і мовлення — це не така вузька професія, яку можна запасти в реабілітацію, бо він там займається з афазією, дизартрією, апраксією — і все. Ні, це величезна широка галузь, підкріплена масою наукових досліджень, вона має багато внутрішніх поділів і розгалужень.

Тому, власне, ціль нашого товариства і того, що я намагаюся робити, — це принести цей світ величезної, дуже крутої професії терапевтів мови і мовлення, в Україну.

1.11. ПСИХОЛОГ/ПСИХОТЕРАПЕВТ

Фахівці, які працюють не з тілом, а з розумом пацієнта під час реабілітації — психолог і психотерапевт.

Ці спеціалісти мають вищу освіту і можуть бути в реабілітаційній команді. Вони працюють із широким спектром станів, які найчастіше пов'язані з психічними та емоційними проблемами.

Ці спеціалісти працюють з пацієнтом з урахуванням порушень функцій та структур організму, обмежень активності та можливості участі, а також впливу факторів середовища та особистих факторів.

За Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Психологічна допомога в реабілітації — це діяльність, яка спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги».

Психологічна допомога під час реабілітації зокрема сприяє мотивації та допомагає конструктивно сприймати процес та результати реабілітації.

Найчастіше робота психолога та психотерапевта з пацієнтом в реабілітації спрямована на подолання депресивних станів.

«У разі психотерапії депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів...психолог повинен мати обов'язкову додаткову спеціалізацію (сертифікацію) за одним з методів психотерапії з доведеною ефективністю, що мають сильну доказову базу міжнародних досліджень та рекомендовані міжнародними протоколами»

За положенням ст. 21 закону України про реабілітацію

Психолог/психотерапевт, як і інші фахівці з реабілітації, провадить свою клінічну діяльність у рамках реабілітаційного циклу, де він виконує обстеження, складання програми терапії, втручання та аналіз результатів.

Психологи та психотерапевти можуть надавати допомогу як самостійно, так і у мультидисциплінарній команді.

Ці фахівці самостійно призначають, планують та надають психологічну допомогу.

Розберемо їх клінічну діяльність детальніше.

Перш за все, психолог та психотерапевт здійснюють діагностику стану психічної сфери, психодіагностичне дослідження, оцінку особистісних характеристик пацієнта. Також визначається ступінь соціальної адаптації і адаптаційного потенціалу.

Уся зібрана інформація допомагає визначитись із формою роботи з пацієнтом у процесі реабілітації. Це можуть бути індивідуальні зустрічі, групова чи сімейна психотерапія.

У межах своєї професійної діяльності спеціаліст здійснює психотерапевтичне втручання або психологічне консультування.

Під час сесій психолог/психотерапевт підтримує пацієнта та працює над відновленням його функціонування у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах. Він також може надати першу психологічну допомогу як людині, яка потребує реабілітації, так і членам її сім'ї.

Коли кризовий момент буде позаду, психолог/психотерапевт підтримує пацієнта у досягненні результатів реабілітації, допомагає визначити нові життєві цілі.

1.12. ПРЯМА МОВА: ОЛЕНА КАШИРІНА. ПСИХОЛОГ

Мене звати Олена Каширіна, я працюю клінічним психологом в реабілітаційній мультидисциплінарній команді



Клінічний психолог в мультидисциплінарній команді відповідає за ментальне здоров'я і він працює зі станами, які виникають внаслідок травматизації чи хвороби — депресивні, тривожні стани, розлад адаптації. Клінічний психолог розробляє свою частину реабілітаційної програми, яка покликана покращити психологічний стан пацієнта, а також доповнювати втручання інших спеціалістів і посилювати їх.

Людина, яка хворіє, має певні фізичні обмеження часто відчуває дистрес, емоційні розлади. Тривале лікування призводить до того, що

людина може відчувати стан депресії. У такому випадку завдання клінічного психолога полягає в праці з емоційним станом пацієнта, посиленні його мотивації, залучення людини до активної роботи в реабілітації.

Зараз, коли ми переживаємо вплив російської збройної агресії і активні бойові дії, актуальним стає завдання реабілітації поранених військових, а також людей, які постраждали внаслідок бойових дій. Ми спостерігаємо, що ці люди в більшості випадків мають стресові реакції, розлади, в деяких випадках і ПТСР, тому в своїй роботі клінічний психолог застосовує також методи травма-терапії.

Травматерапія допомагає людині впоратися зі станом, який виник внаслідок травми, і це, як правило, є великий стрес для людини, вона переживає дуже сильні почуття тривоги, занепокоєння, страху. Клінічний психолог покликаний допомогти їй справитися з цими переживаннями і стабілізувати свій емоційний стан.

Зазвичай психолог працює самостійно, але клінічний психолог у реабілітаційній команді працює з командою. На початку робочого дня наша команда проводить збори, під час яких ми радимося, дискутуємо, обмінюємося думками з приводу лікування кожного пацієнта. Іноді буває так, що спеціалісти команди звертаються до клінічного психолога, аби він допоміг встановити контакт із пацієнтом.

Буває, що пацієнт саботує роботу, не має мотивації, не має настрою, має страхи певні... Клінічний психолог в такій ситуації приходить на допомогу: пояснити людині важливість роботи в реабілітації і співпраці з іншими фахівцями.

Робота клінічного психолога не є легкою, але вона є цікавою, бо ми працюємо з людьми.

Кожна людина, історія — унікальна, кожен випадок — унікальний. Можливо, ми не зможемо вирішити всі питання людини на 100%, але своїм головним завданням я бачу допомогти людині віднайти сенс і не втратити надію навіть у найскладнішій ситуації.

1.13. ПРОТЕЗИСТ-ОРТЕЗИСТ

Цей розділ завершує знайомство із фахівцями з реабілітації, тож розглянемо задачі фахівців з протезування-ортезування та особливості їх професії в Україні.

Перш ніж перейти до характеристики професії, зануримося у контекст.

За даними ВООЗ, у всіх частинах світу є дефіцит кадрів у сфері протезування та ортезування.

Забезпечення високоякісними протезами та ортезами залежить від наявності компетентних, належним чином підготовлених фахівців у сфері охорони здоров'я, а саме — лікарів, фахівців із реабілітації та протезування.

Потреби людей у допомозі з боку фахівців з протезування можуть відрізнятися.

Наприклад, особи з незначними функціональними обмеженнями можуть потребувати допомоги лише фахівця з протезування-ортезування, або — у випадку складних проблем зі здоров'ям — мультидисциплінарної команди фахівців.

Мультидисциплінарна команда з відповідним поєднанням знань і навичок може забезпечити своєчасне ефективне лікування, протезування та реабілітацію.

Переходимо до визначення

Протезист — це фахівець, який пройшов схвалений курс навчання та підготовки, а також має дозвіл відповідного національного органу на проєктування, вимірювання та встановлення протезів.

Протезиста-ортезиста ВООЗ визначає аналогічно, але з дозволом проєктувати, вимірювати і встановлювати ще й ортези.

На цьому етапі розмежуємо ці поняття.

Протези та ортези — це пристрої та вироби для зовнішнього застосування, які використовуються для надання допомоги людям із фізичними порушеннями чи функціональними обмеженнями.

При цьому протез використовують для повної або часткової заміни відсутнього чи дефектного сегмента кінцівки.

Ортез, в свою чергу, — це зовнішній пристрій, який використовують для підтримки або модифікації структурних і функціональних характеристик нервової та м'язово-скелетної систем, таких, як кінцівки та хребет. Типовими видами ортезів є корсети та шини.

Протези та ортези можуть використовувати з різною метою. Ортези можуть полегшувати біль, захищати суглоби, коригувати деформації і запобігати вторинним порушенням. Загалом протези та ортези мають покращувати функціонування та задовольняти естетичні уподобання користувача.

Протезист-ортезист — особа, яка пройшла схвалений курс навчання та підготовки, є уповноваженою відповідним національним органом для розробки, вимірювання, встановлення протезів та ортезів.

Більшість протезів та ортезів призначені для тривалого використання, проте деякі застосовують протягом обмеженого періоду часу, тому після виготовлення вони потребують подальшого обслуговування.

Тепер розглянемо, як професія протезиста розвивається в Україні.

В умовах військової агресії російської федерації питання підготовки фахівців із протезування стало особливо актуальним для нас.

Одним із викликів для сфери протезування є приведення українських освітніх програм до стандартів Міжнародного товариства протезування та ортезування.

Фахівці з протезування та ортезування в Україні



Інженер-технолог-
протезист



Технолог
ортопедичний



Технік-протезист-
ортезист

У 2016 році в Україні затвердили кваліфікаційні характеристики посад «інженер-технолог-протезист», «технолог ортопедичний» і «технік-протезист-ортезист». У 2017 їх було оновлено. Одна з ключових відмінностей між цими фахівцями полягає у рівнях освіти.

Далі розглянемо компетенції цих фахівців

ЗАВДАННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ: ІНЖЕНЕР-ТЕХНОЛОГ-ПРОТЕЗИСТ

Завдання та обов'язки інженера-технолога- протезиста найбільш обширні. Ця професія поєднує практичні навички з проектування і виготовлення протезів, безпосередньо спілкування з пацієнтом та аналітичну роботу.

Виробничі компетенції інженера-технолога-протезиста передбачають організацію та координування виробничого процесу з виготовлення протезно-ортопедичних виробів. Він розробляє плани розміщення обладнання, технічного оснащення та робочих місць, планує послідовність робіт, розраховує виробничі потужності та завантаженість обладнання.

Інженер-протезист контролює виготовлення або виготовляє самостійно гіпсові зліпки кукси, кінцівки або тулуба. Він проводить модифікацію позитиву та негативу, вносить конструктивні зміни до виробу для забезпечення оптимальної підгонки.

До цієї ж групи задач можна віднести управління, а саме контроль роботи технологів ортопедичних та техніків, а також вдосконалення процесів. Зокрема, інженер-протезист покращує методи роботи, впроваджує нові технології та конструкції протезно-ортопедичних виробів.

Щодо роботи з пацієнтом, то інженер-технолог-протезист може робити це самостійно або разом із лікарем.

Цей фахівець оцінює фізичні та функціональні можливості людини, виконує заміри для виготовлення виробу. У полі його рішень також є підбір конструкції протезу або ортезу, матеріалів, комплектувальних виробів.

Коли пацієнт починає користуватись протезом або ортезом, інженер-протезист виконує підгонку, оцінює функціонування та косметичний вигляд виробу. Також він допомагає пацієнту і його родині в освоєнні виробу та рекомендує догляд, займається технічним обслуговуванням.

Якщо інженер-протезист входить до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, то бере участь у розробці індивідуального реабілітаційного плану. Він також робить заміри і формує рекомендації щодо конструкції виробів.

Окрім зазначеного, в інженера-технолога-протезиста є аналітичні завдання.

Він реєструє інформацію про пацієнтів, аби врахувати потреби та забезпечити очікувані результати від використання виробів. Це дає йому змогу планувати свою роботу.

Інженер-протезист взаємодіє з іншими фахівцями, державними та недержавними установами, бере участь у плануванні та впровадженні нових технічних засобів реабілітації пацієнтів.

Додатково він організовує та проводить навчання інженерів-технологів-протезистів, технологів ортопедичних і техніків-протезистів/ортезистів.

ЗАВДАННЯ ТА ОBOB'ЯЗКИ: ТЕХНОЛОГ ОРТОПЕДИЧНИЙ

Більшість робочих задач ортопедичного технолога співпадає із задачами інженера-технолога протезиста.

Цей фахівець також працює разом з лікарем під час огляду пацієнта, робить заміри, дає свої рекомендації щодо конструкції та матеріалів виробу, а ще робить гіпсові зліпки, організовує виготовлення протезно-ортопедичних виробів, виконує їхню підгонку і за потреби модифікацію.

В ортопедичного технолога так само є задачі, які вирішуються у спілкуванні з пацієнтом. Він навчає пацієнта і його родину користуватись виробом і доглядати за ним. Цей фахівець бере участь у контролі та оцінці готового виробу, його функціонування та косметичного вигляду. Якщо щось іде не так, ремонтує і замінює деталі виробу.

Управлінські задачі технолога ортопедичного обмежуються керуванням виробничим процесом та веденням технічної документації. Він контролює роботу техніків-протезистів-ортезистів, співпрацює з іншими фахівцями, задіяними у виготовленні протеза чи ортеза. Також він бере участь у плануванні та впровадженні нових технічних засобів реабілітації пацієнтів, навчанні технологів ортопедичних та техніків-протезистів-ортезистів. І, звичайно, він підвищує свій професійний рівень.

Як бачимо, окрім освіти, інженер-технолог-протезист і технолог ортопедичний відрізняються глибиною занурення у процес. Якщо інженер шукає нові методи і рішення, то технолог є практиком, який добре вміє їх втілювати. З позиції пацієнта ці фахівці взаємозамінні у більшості випадків.

ЗАВДАННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ: ТЕХНІК-ПРОТЕЗИСТ-ОРТЕЗИСТ

Технік-протезист-ортезист у нашій трійці професій є спеціалістом із розвиненими практичними навичками.

Виготовлення виробів, технічні розрахунки, гіпсові зліп-ки та модифікації негатива і позитива, підгонку і регулювання виробів на спеціальному обладнанні — все це він робить під керівництвом інженера-технолога-протезиста або технолога ортопедичного.

Самостійно технік-протезист може розробляти нескладні проекти і прості схеми відповідно до технічних завдань, чинних стандартів та нормативних документів.

Технік виготовляє та складає протезно-ортопедичні вироби та їх елементи, куксоприймачі, системи утримання та інше. Він систематизує, аналізує та обробляє інформацію щодо виробів, вживає заходів щодо усунення недоліків, ремонтує і покращує їх. Від нього залежить, щоб на виробництві завжди вівся облік інструментів і матеріалів, а витрати вчасно поповнювались. Саме цей фахівець оформлює планову та звітну документацію. До його обов'язків серед іншого може входити технічне обслуговування обладнання.

Технік пропонує раціональні методи роботи для підвищення її ефективності, бере участь у навчанні інших техніків-протезистів, підвищує свій професійний рівень. Цей фахівець вивчає сучасні матеріали, обладнання та технологічні процеси виготовлення протезно-ортопедичних виробів.

Щоб розвивати послуги протезування у світі та Україні зокрема, необхідне поєднання декількох факторів.

- + Комплексна політика.** Зараз питання надання послуг протезування та ортезування не врегульовані, особливо в закладах охорони здоров'я.
- + Матеріальні ресурси.** Різні країни фінансують таку послугу в різному обсязі, що впливає на якість комплектуючих, процес виготовлення та якість протезування загалом.

- + **Персонал.** Протезисти і ортезисти є дефіцитними фахівцями. Також є питання до якості підготовки кадрів та навчальних програм.
- + **Сервіс.** Система надання послуг протезування та ортезування потребує впорядкування та належного регулювання з боку держави, а також взаємодії між різними державними інституціями.

Виклики розвитку послуг протезування

Сьогодні нам важливо прийти до розуміння послуг з протезування та ортезування як частини охорони здоров'я.

Протезисти-ортезисти відносяться до фахівців з реабілітації та входять до складу МДРК.

Досить часто під час надання допомоги у сфері охорони здоров'я пацієнти потребують протезування або ортезування. Наприклад, при лікуванні діабетичної стопи призначають терапевтичне чи захисне взуття. Після ампутації людина потребує встановлення протеза. Після інсульту багатьом необхідний ортез для підтримки паралізованої кінцівки. Для відновлення працездатності та запобігання вторинним деформаціям важливо, щоб протезування та ортезування відбувалось вчасно, тобто як тільки зникають протипоказання.

ПРИ РОБОТІ В КОМАНДІ ТЕРАПЕВТ МОВИ І МОВЛЕННЯ



Протезування та ортезування разом з іншими реабілітаційними втручаннями сприяють досягненню оптимального функціонування людини, відтак особа з обмеженням повсякденного функціонування може бути інтегрованою в суспільство. Усі перераховані втручання важливі для досягнення цієї мети.

1.14. ПРЯМА МОВА: НАЗАР БАГНЮК. ПРОТЕЗИСТ-ОРТЕЗИСТ



Назар Багнюк, протезист категорії II ISPO

На мою думку, унікальність професії полягає в тому, що вона охоплює дуже велику кількість наукових дисциплін, оскільки це спеціальність на межі між людським і технічним. Треба розуміти анатомію, фізіологію, біомеханіку, патологію, а також треба розуміти технічні аспекти.

Протез все рівно не замінить ноги чи руки, тобто він буде замінювати більшість (для ноги більшість, для руки — меншість) функцій, але не поповнить, не відновить на сто відсотків те, що людина мала до того.

Почати працювати з цим зазвичай є доволі складним викликом. Усі бачать кругом по телевізору чи в інтернеті яскраві кейси, як хтось на тому протезі бігає, скаче чи робить інші штуки. А йому треба, він хоче просто йти — і це для нього складно.

Власне, ніхто не бачить цього бекграунду, що стоїть, яка праця стоїть за тими людьми, які знайшли в собі сили користуватися протезами й надавати більше, показувати більші можливості, ніж є насправді.

Так чи інакше, практично кожним своїм випадком можу пишатися, особливо, коли є хороша кооперація між мною як фахівцем і пацієнтом, тоді досягається найкращий результат.

Якщо говорити напевно, який випадок мене вразив, — коли приїхав, можна його назвати дідусем, на милицях, приїхав на візку. Ми зняли йому мірку, зробили протез, він встав і пішов без нічого, навіть без милиць — без жодної допомоги. Він каже: «Я просто так хотів йти, я кожен раз про це думав, встав і пішов». Він втратив ногу, наступивши на міну. Він десь зі сходу, з Донецької області.

Це такий приклад, коли деякі молоді пацієнти можуть, умовно кажучи, капризувати, мати якісь там завищені очікування. Я розумію, в того пана не було

жодних очікувань, він просто хотів на щось стати. Він наступив і зрозумів, що можна йти, взяв, встав і пішов.

Протезування в Україні, я вважаю, що на достатньо високому рівні. Ми можемо на рівних говорити з протезистами, лікарями з інших країн.

Є у планах також у майбутньому залучати інших фахівців, щоб нам допомагали. Зараз торується шлях власне сканування, 3D-моделювання і 3D-друку гільз, протезів, але це такий новаторський шлях, який все рівно є еволюційним. З матеріалів ми на одному рівні абсолютно, скажімо, у світовому розумінні.

Кожен випадок протезний унікальний — немає двох однакових людей. Навіть більше скажу, навіть в одній й тій самій людині залишкова кінцівка змінюється з часом. Неможливо виготовити два однакових протези. За винятком того, якщо це не буде копія іншого. Навіть два різних майстри будуть робити одного пацієнта і в них вийдуть різні протези.

Тут ти можеш провести аналіз помилок і зрозуміти, чому щось не вдалося, або чому навпаки, якщо воно вдалося — чому воно вдалося. Оці ретроспективи й постійний фідбек від пацієнтів, постійне спілкування — це допомагає особистісному розвитку.

ТЕМА 2

ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНИЙ ПІДХІД ТА ІНТЕГРОВАНА БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ

2.1. БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗДОРОВ'Я, ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ. СТАНИ ЗДОРОВ'Я

Цю тему присвячено пацієнтоцентричному підходу та біопсихосоціальной моделі функціонування й обмеження життєдіяльності.

Моделі здоров'я, обмеження життєдіяльності та функціонування

Сьогодні існують різноманітні концептуальні моделі для розуміння та пояснення здоров'я, обмеження життєдіяльності та функціонування.

Біопсихосоціальна модель виникла в результаті

розвитку та протистояння двох інших моделей, медичної та соціальної, які їй передували.

Медична модель

Медична модель розглядає обмеження життєдіяльності як проблему людини, що спричинена хворобою, травмою чи іншим захворюванням. Вона потребує медичного обслуговування у вигляді індивідуального лікування професіоналами.

Регулювання питань щодо обмеження життєдіяльності спрямоване на лікування або адаптацію особи та зміни її поведінки.

Медична допомога розглядається як головна проблема і на політичному рівні основною реакцією є модифікація чи реформування політики охорони здоров'я.

Якщо підсумувати, у медичній моделі обмеження життєдіяльності — це проблема, пов'язана зі станом здоров'я.

Соціальна модель

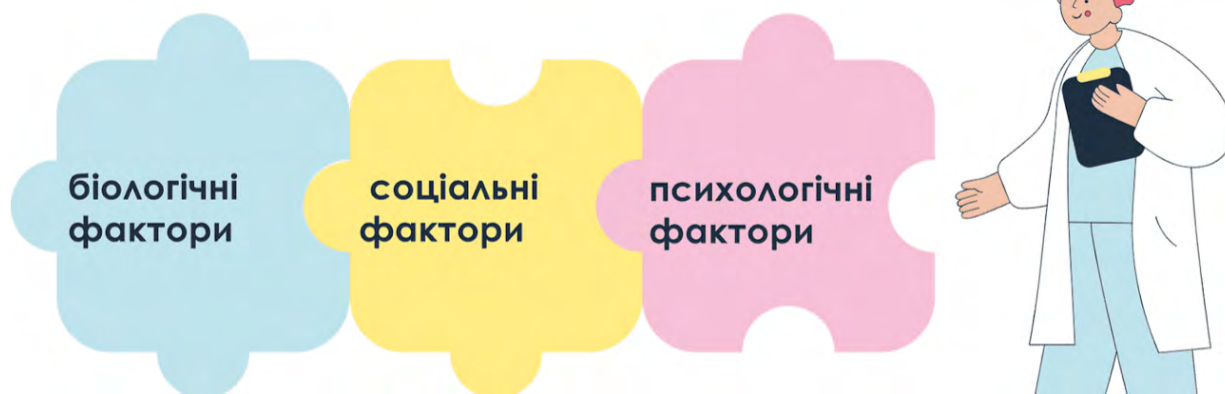
З іншого боку, соціальна модель обмеження життєдіяльності бачить проблему переважно як соціально створену, тобто обмеження життєдіяльності не є атрибутом особистості, а скоріше набором зовнішніх умов. Багато з них створені соціальним середовищем і саме вони не дають людині повністю інтегруватись.

Вирішення проблеми вимагає соціальних дій і є колективною відповідальністю, яка полягає у тому, щоб зробити навколишнє середовище доступним для повної участі людей з обмеженням життєдіяльності у всіх сферах суспільного життя.

У такий спосіб те, що на перший погляд здається просто зміною ставлення, на політичному рівні стає питаннями прав людини. Для соціальної моделі обмеження життєдіяльності є політичним питанням.

МКФ базується на інтеграції цих двох протилежних моделей

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я базується на поєднанні цих двох моделей, які є взаємодоповнюючими.

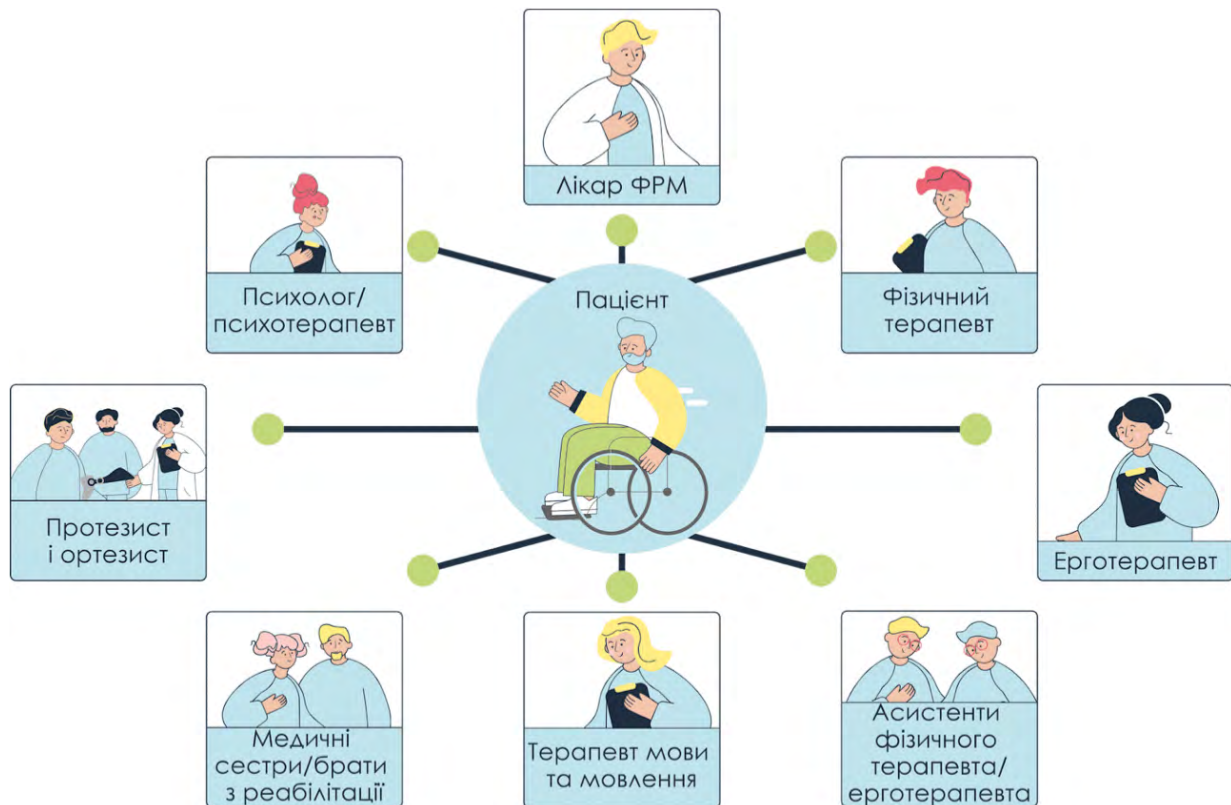


Щоб відобразити інтеграцію різних підходів до розуміння функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, використовується «біопсихосоціальний» підхід.

Біопсихосоціальна модель була вперше запропонована Джорджем Л. Енгелем і Джоном Романо з Університету Рочестера в 1977 році.

Ця модель відображає розвиток хвороби через складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Наприклад, серед біологічних можуть розглядатись генетична схильність, порушення у структурі та функціях органів і систем. Психологічні фактори можуть включати характер та поведінку особистості, її поточний настрій. До соціальних факторів відносять культурні традиції, сімейні обставини, соціально-економічні умови.

ПРИ РОБОТІ В КОМАНДІ ТЕРАПЕВТ МОВИ І МОВЛЕННЯ



Саме біопсихосоціальна модель сприяла розвитку людиноцентричного підходу в охороні здоров'я.

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я

МКФ створена на основі біопсихосоціальної моделі, проте існують відмінності між моделлю та класифікацією.

Біопсихосоціальна модель зображує активність і участь як різні поняття. Однак в МКФ немає розмежування між ними.



З цієї причини в міжнародній класифікації функціонування діяльність та участь представлені як один компонент функціонування. Особисті фактори як компонент біопсихосоціальної моделі не класифікуються в МКФ.

Стан здоров'я

Це загальний термін для хвороби, розладу, пошкодження чи травми. Він може включати інші обставини, як-от старіння, вагітність, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Також цей термін може містити інформацію про патогенез або етіологію.

Стан здоров'я

**Хвороба, розлад, пошкодження, травма,
старіння, вагітність, стрес, вроджена аномалія,
генетична схильність**

Стани здоров'я кодуються за допомогою Міжнародної класифікації хвороб.

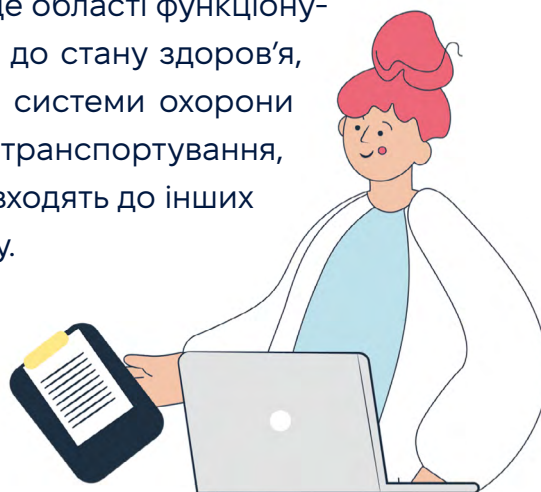
Є й інше визначення стану здоров'я. Воно ґрунтується на МКФ. У такому разі стан здоров'я розуміють як рівень функціонування в межах доменів здоров'я МКФ.

Домени здоров'я позначають сфери життя, які інтерпретуються як поняття «здоров'я», а також ті, які, відповідно до цілей системи охорони здоров'я, можуть бути визначені як основна відповідальність системи охорони здоров'я. Такими доменами є, наприклад, бачення, слухання, ходьба.

Домени здоров'я

Домени, пов'язані з охороною здоров'я

Домени, пов'язані з охороною здоров'я, — це області функціонування, які, хоча і мають вагоме відношення до стану здоров'я, але все ж не є головною відповідальністю системи охорони здоров'я. Наприклад, такими доменами є транспортування, навчання, соціальні взаємодії. Вони радше входять до інших систем, які сприяють загальному добробуту.



В МКФ розглядаються тільки ті сфери, що стосуються здоров'я. Тобто класифікація не охоплює обставини, які з ним не пов'язані, зокрема, соціально-економічні. Через свою расу, стать, релігію чи інші соціально-економічні характеристики люди можуть бути обмежені у виконанні завдання в їх поточному середовищі, але не через здоров'я.

Отже, враховуючи структуру біопсихосоціальної моделі, Міжнародну класифікацію функціонування (МКФ) і Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ) рекомендують використовувати сумісно. Це дає змогу всебічно описувати стани здоров'я.

Детальніше про інші складові біопсихосоціальної моделі та їхнє відображення у МКФ поговоримо у наступних розділах.

2.2. ПРЯМА МОВА: ОЛЕКСАНДРА КАЛІНКІНА. ВИКОРИСТАННЯ БІОПСИХО- СОЦІАЛЬНОЇ МОДЕЛІ З ПОЗИЦІЇ ЕРГОТЕРАПЕВТА



Мене звати Олександра Калінкіна, я є ерготерапевтом, кандидатом наук зі спеціальності «Фізична реабілітація»

Свою науково-педагогічну діяльність я реалізую в Національному університеті фізичного виховання і спорту України в м. Києві на кафедрі фізичної терапії та ерготерапії. Базою моєї практичної діяльності є приватний центр фізичної реабілітації «Фенікс», де я є директором, також я є першим заступником голови правління Українського товариства ерготерапевтів.

Ерготерапевт — це професіонал у сфері охорони здоров'я, який працює як член мультидисциплінарної команди або як автономний спеціаліст.

Головний фокус ерготерапевта в його роботі — дати можливість людині відновити свою заняттєву активність, тобто відновити ті щоденні справи, види занять, які він бажає або повинен виконувати.

Ерготерапевт може працювати не тільки у сфері охорони здоров'я, а також у сфері освіти, соціальної роботи. Скажімо так: ерготерапевт може працювати будь з ким, хто відчуває обмеження заняттєвої активності або участі.

Як виглядає його робота?

Це повноцінний процес, який починається з обстеження, спілкування з пацієнтом, виявлення проблеми, плануванням втручання, безпосередньою реалізацією процесу ерготерапії та оцінкою результату цього втручання.

Реабілітація є комплексним та багатофакторним процесом, який вимагає узгодженої роботи усіх членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Біопсихосоціальна модель створює передумови для успішної співпраці між усіма членами мультидисциплінарної команди, починаючи від лікаря ФРМ, фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови й мовлення, реабілітаційної медсестри, і дає розуміння важливості автономності та рівноправності кожного з цих фахівців для успішної реалізації цілей реабілітації.

Завдяки біопсихосоціальній моделі ми можемо відійти від попередньої директивної моделі, яка передбачає призначення лікарем певної процедури та її кількості. Натомість біопсихосоціальна модель рекомендує індивідуалізацію втручання кожного фахівця.

Можна сказати, що біопсихосоціальна модель надає спільну мову для ефективної міжпрофесійної комунікації, а також полегшує постановку цілей та планування втручань.

Пацієнтоцентричний підхід впливає на мотивацію людини

Для того, щоб краще це зрозуміти, пацієнтоцентричний підхід можна порівняти з попереднім уніфікованим підходом до роботи з пацієнтом, який є типовим прикладом радянської системи реабілітації, коли лікар призначає пацієнту комплекс вправ №1 або №2, і єдине, що розрізняє ці комплекси вправ — наявність у медичній історії діагнозу, тобто фокус іде не на пацієнта, а на діагноз, який фіксується в медичній історії, але якщо ми поставимо пацієнта в центр цього процесу, визначимо, що для пацієнта є важливим, до чого він бажає повернутися — це стане найкращою мотивацією для людини.

Також важливо сказати, що процес реабілітації має бути активним, тобто пацієнт має бути активним учасником цього процесу, тому що жодна пасивна терапія, жоден пасивний метод терапії як монопроцедура, не здатен повернути людині навичку, навчити її інтегрувати цю навичку в реальну життєву ситуацію.

Відповідь на поверхні: якщо людина не розуміє, до якої мети йде, не розуміє, для чого вона проходить надважкий для неї процес реабілітації, вона не має мотивації щось робити взагалі. І навпаки: коли людина узгоджена з терапевтом і командою, розуміє завдання процесу, мету, яка є для неї безпосередньо унікальною і важливою, тоді це підвищує мотивацію.

У ерготерапії ми використовуємо такі інструменти оцінки, які дозволяють нам визначити конкретні важливі завдання, які людина зараз не може виконувати через зміну стану свого здоров'я, а також визначити, наскільки людина задоволена тим, як вона це виконує. Наприклад, це може бути людина після гострого порушення мозкового кровообігу.

Ось чоловік та жінка, які мають однаковий діагноз, приблизно однаковий вік, однакову клінічну картину та наслідки цього захворювання. Але якщо ми запитаво в жінки, що для неї є важливим, вона вам може сказати, що їй дуже турбує, що вона не може здійснювати шопінг чи вигулювати свою собаку, а для чоловіка це не буде важливим, це не буде його мотивацією. Для нього буде важливим піти на полювання або будь-що інше. Тому воно є унікальним для людини.

Так само й професійні обов'язки. Якщо ми говоримо про повернення до професійної діяльності, звичайно, людина, яка отримала травму верхньої кінцівки

і яка є військовослужбовцем, то, наприклад, його мета може бути повернутися до виконання своїх службових обов'язків. Або якщо це буде людина зі схожою травмою, ураженням верхньої кінцівки, яка є за фахом будівельником, то його комплекс унікальних навичок буде зовсім іншим.

Завдяки взаємопов'язаним компонентам цієї моделі ми можемо досягнути мети, бо зв'язок між всіма компонентами біопсихосоціальної моделі не є лінійним. Компоненти, пов'язані між собою, і впливають однаково один на один. Так само середовище може слугувати бар'єром для виконання заняттєвої участі, а може навпаки бути сприятливим для ефективної реалізації активності.

Можливо, складається враження, що я використовую схожі терміни, повторюю речі, які є спорідненими. По суті, це так і є: головна мета медицини — зберегти життя, головна мета реабілітації — надати сенс життю людини. А що таке сенс життя? Можливість здійснювати ті заняття, які ми хочемо здійснювати.

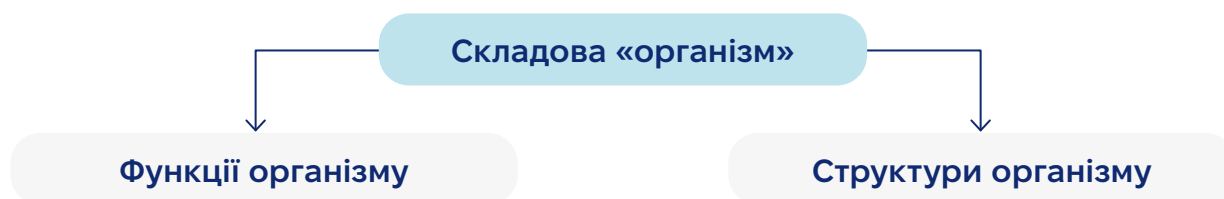
На мій погляд, біопсихосоціальна модель є оптимальною для виконання цієї мети завдяки тому, що всі компоненти цієї моделі взаємопов'язані.

2.3. СТРУКТУРИ ТА ФУНКЦІЇ ОРГАНІЗМУ. ПОРУШЕННЯ СТРУКТУР ТА ФУНКЦІЙ ОРГАНІЗМУ

Темою цього розділу є поняття структур та функцій організму, а також, що означає їх порушення з позиції Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Тож яку альтернативу терміну «орган» пропонує МКФ та чому?

Складова «Організм» має дві класифікації. Одна стосується функцій організму, інша — його структур. Розділи в обох класифікаціях сформовані відповідно до систем організму.



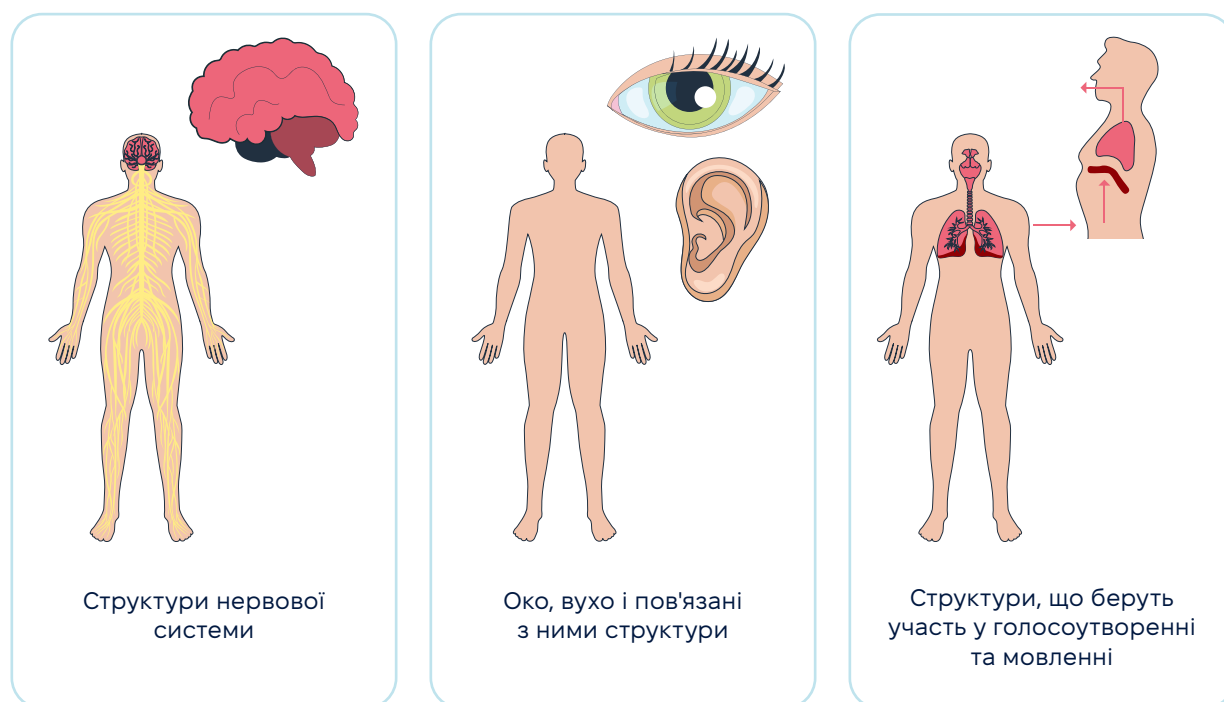


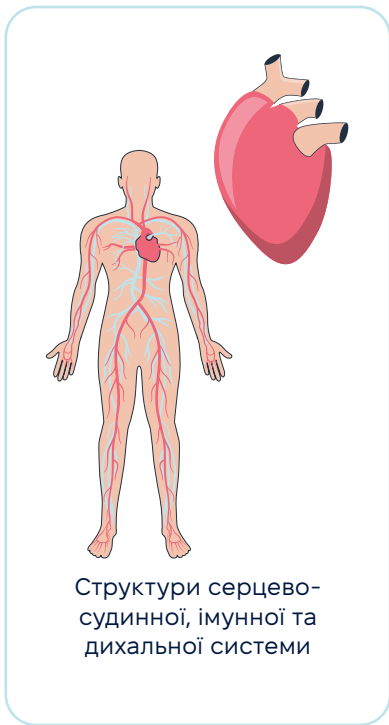
Зауважимо, що визначення поняття «орган» не є чітким, тому замість підходу на рівні органів, де існує єдина частина або складова елементу в організмі, в МКФ цей термін замінено терміном «структура організму».

Структури організму — це анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки та їх компоненти.

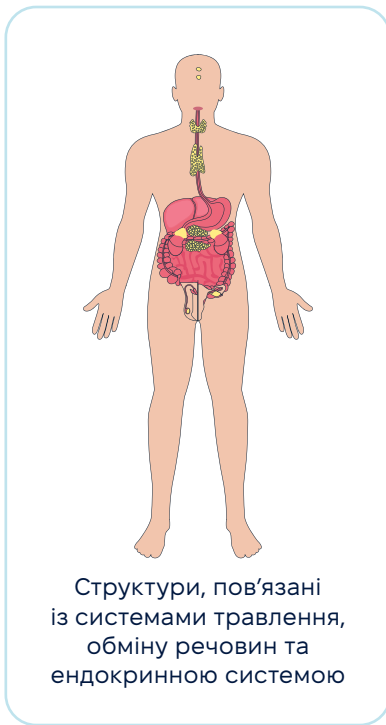
«Структури» в МКФ з позиції БПСМ

ЧАСТИНА МКФ: функціонування та обмеження життєдіяльності
КОМПОНЕНТ: структури організму

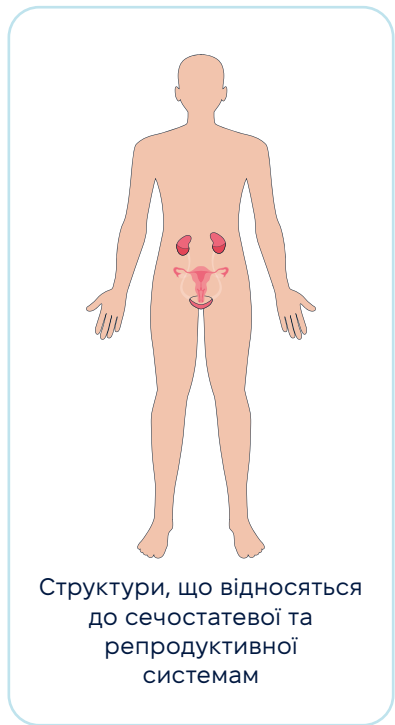




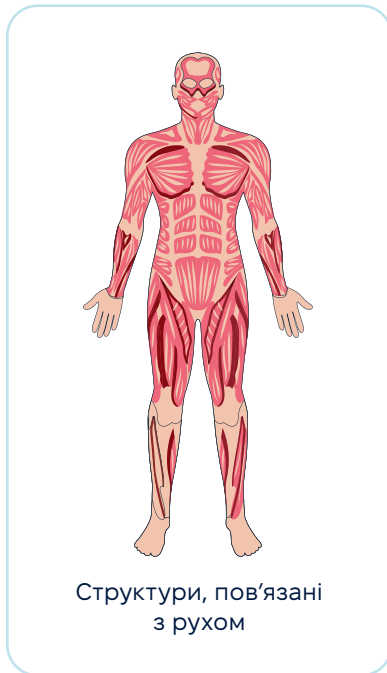
Структури серцево-судинної, імунної та дихальної системи



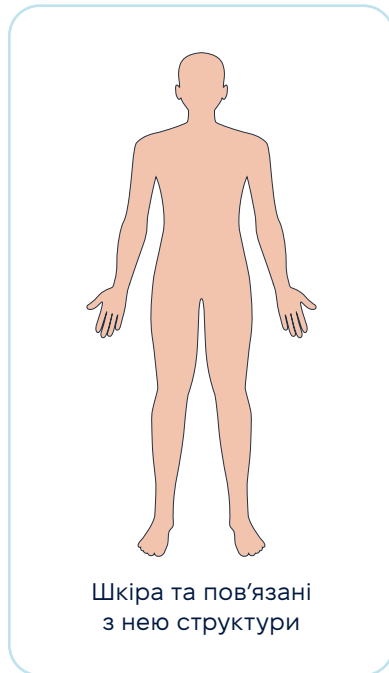
Структури, пов'язані із системами травлення, обміну речовин та ендокринною системою



Структури, що відносяться до сечостатевої та репродуктивної систем



Структури, пов'язані з рухом



Шкіра та пов'язані з нею структури

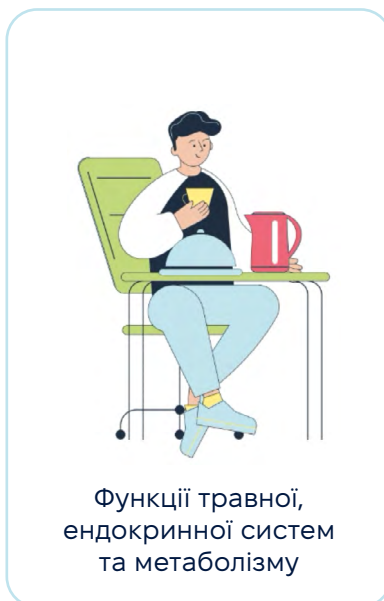
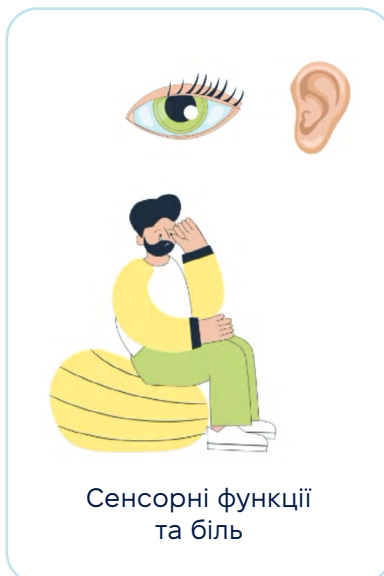
«Функції» в контексті здоров'я

Тепер переходимо до функцій організму.

В контексті здоров'я це фізіологічні функції систем організму, включаючи психологічні функції. В МКФ функції організму відносяться до частини «Функціонування та обмеження життєдіяльності», компонент «Функції організму».

«Функції» в МКФ з позиції БПСМ

ЧАСТИНА МКФ: функціонування та обмеження життєдіяльності КОМПОНЕНТ: функції організму



«Порушення»

Проблеми з функціями організму називають порушенням функцій. Це може бути, наприклад, обмеження діапазону рухів, м'язова слабкість, біль.

У свою чергу, порушення структур організму — це значне відхилення або втрата частин тіла. Наприклад, до порушення структур відносяться деформація суглобів чи відсутність кінцівки.

Порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах організму, такі як істотне відхилення або втрата.

Одні порушення можуть спричиняти інші або бути взаємопов'язані. Наприклад, втрата м'язової сили може призводити до порушення мобільності, а порушення функцій серця, дихальної функції, сприйняття та мислення можуть витікати одне з одного.

Деякі категорії складової «Функції та структури організму» частково збігаються з категоріями міжнародної класифікації хвороб, особливо щодо симптомів і ознак, проте Міжнародна класифікація хвороб та Міжнародна класифікація функціонування мають різні цілі.

Порушення є ширшими та більш комплексними, ніж розлади або хвороби. Наприклад, втрата кінцівки — це порушення структури організму, але не розлад чи хвороба.

Також порушення не залежать від етіології чи способу їх розвитку. Втрата зору або кінцівки може виникнути внаслідок генетичної аномалії або травми.

У порушення обов'язково має бути причина, однак вона може бути недостатньою, щоб повністю пояснити отримане порушення. Крім того, наявність порушення також вказує на присутність функціонального або структурного розладу організму, але він може бути викликаний будь-яким захворюванням, розладом або фізіологічним станом.

Порушення структури: види

Які бувають види порушень структур організму?

Порушення структури можуть означати:

Аномалію

Дефект

Втрату або інше значне відхилення в структурах організму

Класифікація порушень структур та функцій

Порушення класифікують за відповідними категоріями з використанням визначених критеріїв ідентифікації, наприклад, як наявні, так і відсутні відповідно до порогового рівня. Ці критерії однакові для функцій та структур організму.

Ними є:

Втрата чи відсутність

Зниження

Збільшення або надлишок

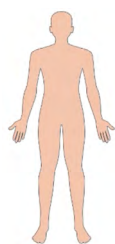
Відхилення



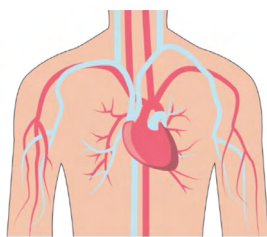
Як тільки порушення з'являється, його можна оцінювати за ступенем тяжкості з використанням загального кваліфікатора МКФ.

Класифікація порушень структур та функцій

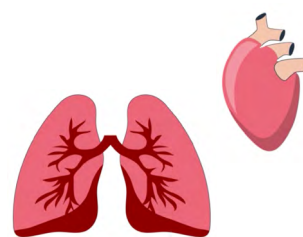
Тут варто зазначити, що крім класифікації на рівні систем, порушення можуть також бути на рівні цілісного організму, органів, тканин, клітин, молекул. Наразі вони не класифікуються, проте існує можливість деталізації на цих рівнях у майбутньому.



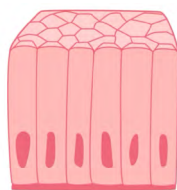
Організмний



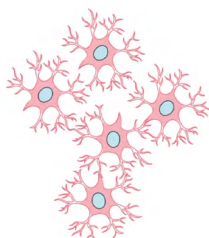
Системний



Органний



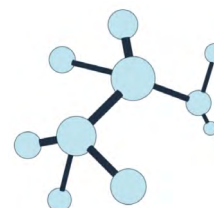
Тканинний



Клітинний



Субклітинний



Молекулярний

Порушення: перебіг

Користувачам медичних послуг слід пояснювати, що порушення не збігаються з основною патологією, але вони є проявами цієї патології.

Порушення є відхиленням від певних загальноприйнятих популяційних стандартів. Спеціалісти, які оцінюють фізичне та психічне функціонування відповідно до цих стандартів, і визначають складові функції.

Перебіг порушення може бути постійним або тимчасовим, а також прогресуючим, регресуючим або стабільним.

Структури і функції: МКХ-10 та МКФ

Повернемось до використання міжнародної класифікації хвороб та міжнародної класифікації функціонування для опису порушень. У чому різниця?

МКХ

Код R26 позначає Порушення ходьби та мобільності

У спеціальних розділах МКХ-10 класифікуються симптоми з метою реєстрації захворюваності та звернення за послугами, тоді як МКФ відображає їх як частину функцій організму, що може бути використана для профілактики або визначення потреб пацієнтів.

Ще однією важливою відмінністю є те, що МКФ передбачає використання класифікації «Функції і структури організму» спільно з категоріями Активність та участь, Фактори середовища.

Наприклад, код R26 в МКХ позначає Порушення ходи та рухливості. Своєю чергою, в МКФ код b770 кодує Функції патерну ходи в компоненті Функції організму. Код d450 — це Ходьба в компоненті Активність та участь. А код e120 відповідає Засобам та технологіям для особистої мобільності і транспортування в приміщенні та на дворі.

МКФ

Можливість спільного використання класифікацій та взаємозв'язок між компонентами МКФ розкриємо у наступних розділах.



Категорія d450
Ходьба
(в компоненті Активність та участь)



Категорія b770
Функції патерну ходи
(компонент МКФ Функції організму)



Категорія e120
Засоби та технології для особистої мобільності і транспортування в приміщенні та на дворі

2.4. АКТИВНІСТЬ ТА УЧАСТЬ

Продовжуємо знайомитись із компонентами біопсихосоціальної моделі функціонування. Цього разу ми поговоримо про такі категорії Міжнародної класифікації функціонування, як Активність та Участь. Традиційно, почнемо зі змісту цих понять.

Активність — це виконання особою завдання або дії. Зазвичай ідеться про прості щоденні дії. А **участь** — це залучення індивіда до життєвої ситуації. Це може бути сукупність декількох активностей, до яких долучаються й інші люди.

Активність



Це виконання завдання або дії особою

Участь



Це залучення особи в життєву ситуацію

Будь-які труднощі, які виникають у функціонуванні особи і пов'язані з цими категоріями, описують терміном «обмеження», тож обмеження активності — це труднощі, яких може зазнавати особа під час виконання активності. А обмеження можливості участі — це проблеми, яких вона може зазнати під час залучення до життєвих ситуацій.

Згадаємо, який вигляд має біопсихосоціальна модель функціонування і яке місце в ній займають Активність та Участь. Як бачимо, вони стоять окремо, але тісно пов'язані.



Як же розрізнити активність та участь?

Поняття активності вужче за поняття участі. Участь завжди складається з різних активностей. Наприклад, індивідуальні завдання або дії, такі як почистити зуби, застібнути гудзик, попросити білизну, зачинити двері кімнати — це є активності.

Зазначимо, що виконання кожної активності залежить від стану структур та функцій організму, про які ми говорили у попередньому розділі.

І для того, щоб зачинити двері, потрібні сила м'язів, координація рухів, рівновага, цілісність анатомічних структур, що беруть участь у цій дії, бажання людини зробити це та інше. Випадіння будь-якого компонента з цієї узгодженої системи може призвести до порушення активності.

Що ж ми називаємо участю?

Коли людина через активності залучається у життєву ситуацію та дії перестають бути індивідуальними, йдеться про участь. Наприклад, піти

в магазин, привітати подругу з днем народження, відвести дитину до садочка — це все участь.

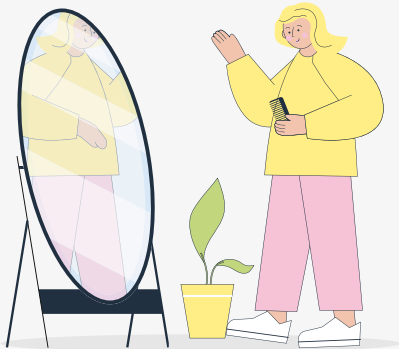
Активності, як шматочки пазлу, складають участь.

Подумайте, які активності чи участі вам потрібні, щоб, наприклад, сходити у кафе з подругою? Спочатку ви маєте вдягнутися, потім дістатися місця зустрічі на авто чи скористатись міським транспортом. У кафе ви зробите замовлення й оплатите його. Врешті, ви маєте самостійно приймати їжу, напої і спілкуватися з іншими за столом... І труднощі із виконанням будь-якої складової можуть призвести до порушення участі.

Активність vs участь

Тож закріпимо те, що вже знаємо.

Жінка заплела собі косу



Активність

Зробила зачіску дитині



Участь

Якщо ви снідаєте наодинці, прийом їжі для вас є активністю, але якщо на роботі ви п'єте каву з колегою, це вже участь.

Важливим моментом є те, що домени для компонентів Активність та Участь представлені в МКФ єдиним списком, який охоплює всі життєві сфери, тобто ви не знайдете окремо активності й окремо участі.

Компонент «Активність та участь»

Навчання і застосування знань

Загальні завдання і вимоги

Комунікація

Мобільність

Самообслуговування

Отже, до активності та участі зараховують

- + **Навчання та застосування знань.** Наприклад, оволодіння мовою, читання, концентрація уваги.
- + Окремим доменом виділені **загальні завдання та вимоги.** До них належать виконання повсякденного розпорядку, управління власною поведінкою.
- + Далі йде **комунікація**, як словесна, так і невербальна.
- + **Домен Мобільність** переважно є сферою фізичних терапевтів. Вона охоплює зміну основного положення тіла, ходьбу, пересування з використанням технічних засобів тощо.
- + **Самообслуговування**, своєю чергою, є більше сферою ерготерапевтів. До нього належать догляд за своїм здоров'ям, харчування та інші компоненти.
- + **До домашнього життя** належить ведення домашнього господарства, приготування їжі, прибирання.
- + **Міжособистісні взаємодії** та відносини охоплюють сімейні та інтимні стосунки.
- + **Активності і участі основних сфер життя** — це дошкільна освіта, професійне навчання, робота і зайнятість та інші.
- + І останній домен — це **життя у громаді**, соціальне і громадське життя. Тут можуть міститись розваги та дозвілля, релігія, політичне життя.

Давайте підсумуємо

Активність — це виконання особою завдання або дії.

Участь — це залучення індивіда до життєвої ситуації.

МКФ надає єдиний список доменів Активності та участі, який можна використовувати, щоб диференціювати активність та участь власними оперативними способами. Компонент може бути використаний для позначення активності або участі чи обох водночас.

У наступному розділі розглянемо фактори навколишнього середовища з позиції Міжнародної класифікації функціонування.

2.5. ФАКТОРИ СЕРЕДОВИЩА

У цьому розділі дізнаємося, як середовище впливає на функціонування людини, розглянемо поняття контекстуальних факторів, факторів середовища, а також бар'єрів та полегшуючих факторів із позиції МКФ.

Почнемо з ролі контекстуальних факторів загалом. Контекстуальні фактори — це вичерпна інформація про життя та умови проживання людини. Вони поділяються на два типи — Фактори середовища та Особисті фактори. Особисті можуть впливати на людину у певному стані здоров'я і стані, пов'язаному зі здоров'ям. Фактори середовища створюють фізичне і соціальне оточення, середовище відносин і установок, де люди живуть і проводять свій час.

Фактори середовища відносяться до частини МКФ із назвою Контекстуальні фактори, компоненту Фактори середовища.

Зупинимось детальніше на факторах середовища. Ці фактори є зовнішніми для окремих осіб і можуть мати позитивний чи негативний вплив. Наприклад, вони можуть впливати на те, як людина поводиться у суспільстві, чи здатна вона виконувати дії і завдання. Також ці зовнішні фактори можуть впливати на функції або структури організму.

Фактори середовища взаємодіють з функціями організму. Подібно до того, як взаємодіють світло і зір, звуки і слух, відволікальні подразники та увага, рельєф ґрунту та рівновага тощо.



Контекстуальні фактори та їх взаємодія з особою у певному стані здоров'я визначають рівень і ступінь функціонування.

Фактори середовища є зовнішніми для особи — наприклад, ставлення суспільства, архітектурні характеристики, правова система.

Рівні

Розподіл контекстуальних факторів на Фактори середовища й особисті потрібен для того, щоб зосередитися на двох різних рівнях — індивідуальному та соціальному відповідно.

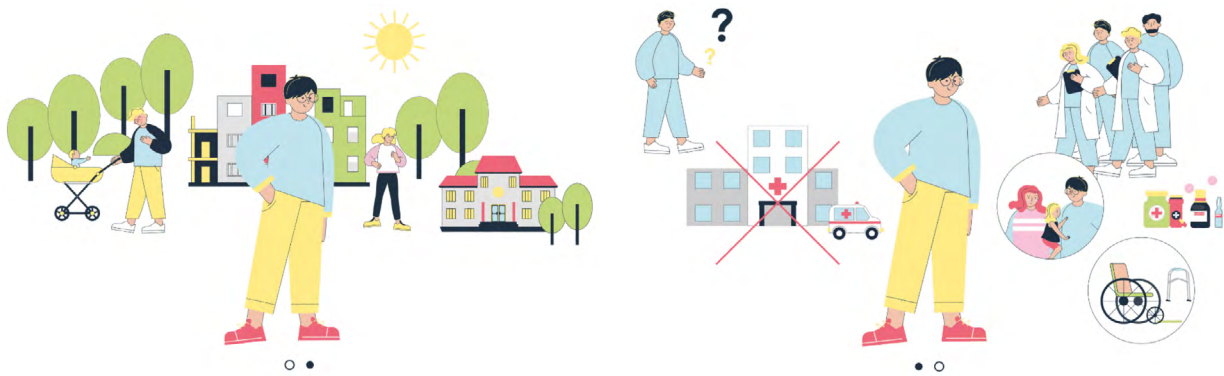
Індивідуальний рівень — це оточення, включно з такими параметрами, як дім, робоче місце та школа. Сюди входять фізичні та матеріальні особливості середовища людини, а також безпосередній контакт з іншими людьми, такими як родина, знайомі, однолітки та незнайомі люди.



Соціальний рівень виводить людину у ширше поле. Йдеться про контакт з офіційними та неофіційними соціальними структурами, про послуги та загальні підходи у спільноті. Цей рівень включає організації та послуги, пов'язані з робочим середовищем, діяльністю громад, державними установами, комунікацією і транспортними послугами та неформальними соціальними мережами, а також із тим, що вони продукують, із законами, нормативними актами, формальними та неформальними правилами, ставленнями та ідеологіями.

Взаємодія з іншими компонентами

Розглянемо, як Фактори середовища взаємодіють з іншими компонентами функцій та структур організму, а також з Активністю та Учасстю.



Обмеження життєдіяльності є результатом взаємодії між станом здоров'я, особистими факторами та факторами середовища.

Середовище з бар'єрами або без полегшуючих факторів обмежить реалізацію особи. Інше, більш сприятливе середовище, може збільшити реалізацію.

Суспільство як фактор працює так само. Воно може створювати бар'єри і перешкоджати реалізації особистості. Наприклад, створювати недоступні для певних груп людей будівлі або не створювати полегшуючих факторів — пандусів. З іншого боку, саме суспільство може бути рушієм позитивних змін та створювати полегшуючі фактори.

Детальніше бар'єри та полегшуючі фактори розглянемо в наступних розділах.

А зараз дізнаємось, яку роль середовище відіграє у реабілітації людини з травмою спинного мозку. Цей стан здоров'я може мати тривалі наслідки та потребувати змін у факторах середовища.

Про значення факторів середовища для функціонування нам розповість керівник громадської організації «Група активної реабілітації» Віталій Пчолкін.

Творимо майбутнє української реабілітації разом.

2.6. ПРЯМА МОВА: ВІТАЛІЙ ПЧОЛКІН. ВПЛИВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЛЮДИНУ, ЯКА РЕАБІЛІТУЄТЬСЯ



**Мене звати Віталій Пчолкін, я керівник
ГО «Група активної реабілітації»**

Ключовою особливістю діяльності нашої організації є те, що майже 90% цієї роботи виконують люди, які мають інвалідність чи її важку форму, пересуваються на колісних кріслах і свого часу пережили травму або захворювання, пов'язані зі спинним мозком.

Фактори навколишнього середовища відіграють ключову роль у реабілітації осіб з інвалідністю, бо, перебуваючи в медичному закладі, людина перебуває в такому умовному непідготовленому середовищі. Відповідно, в будь-якому разі кінцевою метою є повернення додому, повернення на роботу. Ми потрапляємо у звичайний соціум, який зазвичай непідготовлений. І саме ці фактори мають враховуватися при реабілітації фахівцями міждисциплінарних команд для того, щоб підготувати людину до повернення в новому стані в ті самі умови.

І, звісно, завдання держави — покращувати умови, спрощувати ці фактори. Труднощів багато, окрім очевидних архітектурних перешкод, тому що переважно травма спинного мозку має стійкі наслідки й це не тільки про те, що ти не ходиш.

Загалом викликів дуже багато, тому що після травми життя змінюється кардинально. Раніше зручна і доступна, на перший погляд, квартира часто стає в'язницею для людини, бо там можуть бути вузькі двері, недоступна вбиральня, абсолютно не прилаштований простір.

Людина дуже часто, потрапляючи додому, залишається в рамках однієї кімнати або навіть свого ліжка. Відповідно, не відбувається нічого: людина залишається в цій ситуації та без певних знань і рішучості нічого не змінюється.

По-правильному на етапі реабілітації мала б відбуватися підготовка до повернення додому. Тобто переосмислення всього простору, зміни або навіть інколи заміна житла, тому що в принципі в нас багато житла, яке не пристосоване для життя людини в колісному кріслі.

Таким важливим чинником є ще певна стигматизація або стереотипні явища, коли людина повертається додому і її вже сприймають як хвору особу. Тобто людину, яка отримує травму, не завжди можна вважати хворою, бо людина переходить в певний стан, оскільки травма спинного мозку не лікується, не існує таких методів.

До людини треба ставитися відповідно: не жаліти її, а навпаки підтримувати й спонукати її до пошуку власних рішень здобуття самостійності. Дуже важлива підтримка як з боку сім'ї, близького оточення, так і з боку суспільства. Шлях адаптації доволі тривалий і змінюватися треба не тільки людині, а й всім, хто довкола неї.

Психологічна підтримка є важливою складовою реабілітації. Наявність такого фахівця в команді є важливою, тому що процес прийняття й усвідомлення свого нового стану, наявних можливих обмежень життєдіяльності є непростим. І допомога — якісна, кваліфікована, як людині, так і близьким, які перебувають поряд із людиною, є надзвичайно важливою.

Успішні випадки — це доволі філософське питання

В кожній людині є свої показники успішності. В залежності від рівня ураження, фізичні кондиції можуть різнитися. Для когось успіхом є підйом сходами, для когось буде успіхом донести ложку до рота. Ми маємо багато різних прикладів. У нас є люди, які попри важкі ураження поверталися додому, повністю змінювали своє життя, переоблаштовували простір довкола себе, отримували нову освіту, створювали сім'ю, народжували дітей.

Травма не є перешкодою. Перешкода часто у нас в голові.

І саме зміна свідомості, усвідомлення свого нового стану, прийняття вчасних правильних рішень. Дуже часто це складні рішення.

Заміна житла — це не просто для людини, сім'ї, бо це вихід із зони комфорту. І підвищення якості власного життя дуже часто залежить від прийняття таких складних рішень. Вони часто призводять до якісних результатів.

Велика кількість людей, які мають травми, поранення, як військових, так і цивільних. Зараз ця кількість збільшується просто в геометричній

прогресії. Це вже не просто побажання наше до держави, що вона має змінюватися, це вже вимога конкретна. Якщо нічого не зміниться надалі, то це буде великою соціальною проблемою.

Ми маємо повністю переусвідомити своє ставлення до послуг, які надаються людям, транспорту, архітектури, лікування, реабілітації, тому що зараз це вимога часу. І наразі запровадження МКФ, йдуть позитивні зміни у сфері надання реабілітаційної допомоги — змінюються заклади, змінюється свідомість лікарів.

Дуже важливо, щоб саме в медичному закладі формувалося розуміння людини, куди вона буде повертатися. Це дуже важливий виклик.

Так само будь-який представник бізнесу, кав'ярні, ще чогось, має усвідомлювати, що до нього рано чи пізно має прийти або клієнт з інвалідністю або працівник з інвалідністю. Зараз багато людей мобілізують. З великою ймовірністю людина може отримати травму і їй все одно треба буде кудись повертатися на роботу. Всіх ми не можемо перевчити, комусь доведеться назад брати працівників з інвалідністю, а для цього треба створити умови. Це буде вимогою від цих людей, тому що працівник(-ця), які захищали, брали участь в бойових діях, повернулися додому, і потім не мають можливості відвідати цю кав'ярню, швидше за все, поставлять питання «Чому?». І це буде правильне питання. Відповідно, тут маємо йти з двох сторін: людської і законодавчої. Кожен має змінитися.

Насправді комфортних міст в Україні немає, на жаль. Є трошки краще, переважно, це пов'язано з тим, що є якась кількість людей чи організація більш активна, і влада більш лояльна або співпрацює з громадськими організаціями. Наприклад, Вінниця. Там далеко не ідеально, є багато питань, але там, як мінімум, видно прогрес. Я б сказав, є окремі осередки доступності в різних містах, в цілому дуже складна ситуація.

Першою задачею нашої ГО є виявлення людини на ранніх етапах і допомога їй в запобіганні зайвих ускладнень. Нашим завданням є надання їй всебічної інформації, допомога в пошуку або отриманні технічних засобів або асистивних технологій.

Це є завданням наших інструкторів, по суті, воно лягло в основу створення пілотного Центру асистивних технологій на базі соціального підприємства.

Процес підбору асистивних технологій — доволі тривала і в часі, і в обсягах наданої допомоги послуга. Головним завданням у Центрі асистивних техноло-

гій є надання комплексної послуги з підбору і забезпечення саме асистивних технологій.

Комплекс послуг охоплює визначення всіх типів засобів, надання, налаштування, навчання ефективного використанню, в процесі, можливо, відслідковування і заміна. Це особливо важливо на ранніх етапах реабілітації, коли стан людини в процесі може доволі динамічно змінюватися.

Центри асистивних технологій на сьогодні є надзвичайно актуальними, тому що існуюча система забезпечення технічними засобами реабілітації на базі управліннь соцзахисту є неефективною, бо воно передбачає наявність фахових людей, які здатні зробити припис, визначити, що саме потрібно, знати, як це налаштувати. Це є ключовим. Якщо неправильно підібрано — це не тільки неефективно, це є ще й марне витрати державних коштів.

На наш погляд, на сьогодні є великий розрив між різними ланками: оперативними втручаннями, процесом реабілітації, і між соціумом і поверненням додому. Часто ми бачимо, що на етапі гострої реабілітації людина здобуває якісь порушення або різні супутні травми, у тому числі це можуть бути пролежні.

Далі людина потрапляє в реабілітаційне відділення, і відділення замість реабілітації, яку мало б надавати, займається лікуванням наслідків порушень із попередньої інстанції.

Так само дуже часто, якщо це щось серйозне, людина з тими самими травмами повертається додому, нічого не вирішивши. Так не має бути.

Зараз є розуміння того, що це має бути змінено. Не тільки має бути бажання вищого керівництва змінитися, а і в принципі кожен заклад має усвідомлювати, що це їхня задача.

На нашу думку, кінцевою метою реабілітації має бути повернення людини до звичайного соціально наповненого життя. І для держави ця людина буде платоспроможною, платником податків, не буде створювати соціальної напруги. З іншого боку для людини це дасть можливість жити повноцінним життям, бачити перспективу, створювати якийсь особистісний успіх. Це важливо. Це те, до чого ми маємо прагнути.

2.7. ОСОБИСТІ ФАКТОРИ

Переходимо до останнього компонента біопсихосоціальної моделі функціонування — особистих факторів.

Спочатку дамо визначення факторам, які вважаємо особистими. Це особливості індивіда, які не є частиною стану здоров'я або станів, пов'язаних зі здоров'ям. Водночас, особисті фактори є особливим тлом життя та гармонійного проживання людини.

Біопсихосоціальна модель функціонування та обмеження життєдіяльності

Згадаємо, якою є біопсихосоціальна модель функціонування. Яке місце в ній займають особисті фактори?



Особисті фактори є особливим фоном життя та гармонійного проживання людини та включають у себе особливості індивіда, які не є частиною стану здоров'я або станів, пов'язаних зі здоров'ям.

Функціонування й обмеження життєдіяльності людини представлені у вигляді динамічної взаємодії між різними змінами стану здоров'я і контекстуальними факторами.

Своєю чергою, контекстуальні фактори являють собою вичерпну довідкову інформацію життя та проживання людини. Вони охоплюють два компоненти: фактори середовища, про які йшла мова раніше, та особисті фактори, про які говоримо тепер.

Наведемо конкретні приклади. Що може бути особистим фактором?

Це можуть бути біологічні характеристики, як-от стать, раса, вік. Також це можуть бути особливості стилю життя людини — заняття спортом, освіта, професія, звички, соціальний досвід, а також різні культурні фактори — виховання, традиції, релігія. І, звичайно, загальна модель поведінки, стилі подолання та інші психологічні особливості. Всі або будь-які з них можуть відігравати роль в обмеженні життєдіяльності на будь-якому рівні.

Потрібно підкреслити, що особисті фактори не класифікують в МКФ. Це вмотивовано тим, що вони мають велику соціальну та культурну відмінність.

Наприклад, візьмемо таку характеристику, як вік людини. Чи може хтось впевнено сказати, який вік є обмежувальним фактором, а який допоміжним?

Або, наприклад, стать. Чи може вона обмежувати життєдіяльність? Все можливо в певних ситуаціях.

А як щодо освіти? Чи можна впевнено сказати, що її наявність допомагає у функціонуванні, а відсутність обмежує? Звісно, все надто індивідуально.

Але треба пам'ятати, що особисті фактори є невід'ємною частиною біопсихосоціальної моделі і мають свій вплив на ефективність ваших втручань.

Що ж до оцінки особистих факторів, то вона залишається за користувачем, якщо це необхідно.

Для одного пацієнта допоміжними будуть мотивація чи освіта, а для іншого значним чинником буде приналежність до певної релігійної спільноти. Хтось у 25 років не має життєвих сил, а хтось і у 75 сповнений енергії та планів на майбутнє. Тільки ви самі можете виокремити ті особисті фактори вашого пацієнта, які є допоміжними і які обмежують його функціонування.

Підб'ємо підсумки. Який зв'язок існує між компонентами біопсихосоціальної моделі функціонування та обмеженням життєдіяльності?

Коли людина має цілісні структури організму і не має порушень з боку функцій, не обмежена у своїх активностях, не має бар'єрів особистих та у середовищі, то вона може мати ту участь, яку бажає. Тож тут життєдіяльність людини

не обмежена. Але треба зважати на певні бар'єри середовища. Далеко не всі бар'єри людина може подолати навіть без порушень та з наявною мотивацією, бо такий чинник, як карантин чи стихійне лихо, здатен сильно вплинути на ваше функціонування.

Інший випадок, коли структури організму людини порушені. Наприклад, вона має травму спинного мозку, внаслідок чого змінений тонус м'язів, порушена рівновага. Відповідно, людина має обмеження такої активності, як самостійне переміщення. Оскільки вона не може робити це самостійно, то змушена використовувати крісло колісне, яке виступає фактором середовища. У людини має бути це обладнання і вона має вміти ним користуватись. Це допомагає отримати самостійність, можливість участі. Наприклад, зустрітися з друзями чи піти до магазину.

Але іноді подолати фактори середовища, як-от відсутність пандусів і вузькі проходи, навіть за високої мотивованості може бути заскладно і бажана участь стає неможливою.



Тож тепер ми бачимо, що всі компоненти біопсихосоціальної моделі пов'язані, впливають один на одного та на функціонування людини в цілому.

На завершення теми про біопсихосоціальну модель функціонування, що лежить в основі МКФ, ознайомтеся з особистою історією Уляни Пчолкіної, яка була пацієнткою із травмою спинного мозку, а згодом стала інструкторкою табору активної реабілітації. Вона здобула освіту, збудувала кар'єру і здійснила мрію бути телеведучою. Словом, кращої ілюстрації ролі особистого фактора треба ще пошукати.

2.8. ОСОБИСТА ІСТОРІЯ: УЛЯНА ПЧОЛКІНА. ЯК ЛЮДИ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ТРАВМУ



**Мене звуть Уляна Пчолкіна,
я громадська діячка, членкиня правління
«Групи активної реабілітації»**

У 2005 році я потрапила в ДТП, внаслідок чого отримала складну травму спинного мозку на рівні Т4-6-7 і з того часу я користуюся кріслом колісним. Першою моєю реакцією було те, що я обов'язково одужаю, так мені обіцяли лікарі. Але коли за рік після травми я тільки навчилася самостійно одягати кросівки, я зрозуміла (звичайно, я не ходила, я навіть не вміла пересісти у крісло колісне, тому що мене цьому ніхто не вчив), що, мабуть, етап реабілітації трошки може затягнутися.

За два роки після травми, у 2007 році, я потрапила в табір активної реабілітації, де до мене прийшло усвідомлення, що нічого такого в засобі реабілітації, в засобі пересування, як крісло колісне, немає. Це не прокляття. Що перш за все, я особистість, я людина, я Уляна, а не моя інвалідність. З цього почалося моє усвідомлене активне життя, яке працювало на мене, а не на моє одужання.

Я всього лише два роки витратила на «своє одужання» від того, від чого не одужують, — тому що це, перш за все, не хвороба, це стан, в якому людина далі живе. Тобто цей психологічний фактор спрацював для мене: якщо я зараз не досягаю результату, то я маю змінити ціль. Я досягну хорошого результату попри те, що я в кріслі колісному. Мені вдалося змінити фокус: сфокусуватися на собі особисто, не на кріслі.

Яка різниця, як я пересуваюся, якщо я, перш за все, людина, жінка, яка має бажання, плани. Я отримала іншу освіту — не акторкою стала, але, тим не менш, працювала на телебаченні, займалася громадською діяльністю. Тобто нічого такого, можна все перефокусувати, переналаштувати під себе і жити повноцінним життям.

Я поставила за мету для себе не ходити, їздити, — неважливо, я поставила жити нормально. І я впоралася з цією метою, і пораюсь далі, мені здається. Я 16 років у активній реабілітації, і мене досі тримає те враження перше — нейтральності сприйняття своєї фізичної кондиції, не роблячи з себе ні героя, ні жертву. У тебе є ім'я, ти живеш. Такі в тебе обставини — ну ок.

Я в цілому ставлюся до всього, що відбувається, проблем, задач, що ми беремо задачу і шукаємо способи, як її вирішити, і вирішуємо її. Можливо, ця якість дала мені легко адаптуватися до моєї інвалідності, крісла колісного — якщо ти щось не можеш критично змінити, ти перефокусовуєшся і робиш щось інакше.

Як людина, яка пройшла непростий шлях від травми до реабілітації, до прийняття факту того, що травми спинного мозку — невиліковні, я б попросила фахівців, перш за все, спиратися на доказову медицину.

Те, що зараз в Україні є такими ще острівцями, можливо, спалахами доказової реабілітації, доказових підходів, доказових обстежень і перспектив якихось для особи, яка отримує травму, — я б хотіла, щоб це стало системою. Тому в нас немає часу думати. Коли? Нам треба діяти вже.

ТЕМА 3

ЦІЛІ ТА СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ МКФ

3.1. СІМЕЙСТВО КЛАСИФІКАЦІЙ ВООЗ: МКХ, МКФ, МКМІ. ISO 9999:2016

З попередніх розділів ви засвоїли сучасний підхід до реабілітації, познайомились з різними фахівцями з реабілітації, а також — обговорили біопсихосоціальну модель.

Види класифікацій

Все це дає основу, щоб у третій темі курсу поговорити про цілі та сферу застосування міжнародної класифікації функціонування.

Почнемо з еталонних класифікацій, які входять до сімейства міжнародних класифікацій ВООЗ.

ВООЗ виділяє наступні три види класифікацій.

Пов'язані	Довідкові	Похідні
ICPC (Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги)	МКХ-11	Міжнародна класифікація хвороб для онкології (CPC)
ICESI (Міжнародна класифікація зовнішніх причин травм)		МКХ-10 Класифікація психічних та поведінкових порушень
Анатомічна, терапевтична, хімічна (АТС) класифікація систем з визначенними добовими дозами (DOD)	МКФ	Застосування Міжнародної класифікації хвороб в дантистиці та стоматології (DOD)
ISO 9999 (Засоби допоміжні для осіб з обмеженням життєдіяльності. Класифікація та термінологія)	МКМІ	Застосування Міжнародної класифікації хвороб в неврології
		Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, версія для дітей та підлітків (ICF-CY)

Перший вид — це довідкові класифікації. Їх також називають еталонними. Такі класифікації охоплюють основні параметри системи охорони здоров'я, такі як смерть, хвороба, функціонування, інвалідність, здоров'я та втручання у здоров'я.

Довідкові класифікації ВООЗ є продуктом міжнародних угод. Вони отримали широке визнання та офіційну згоду на використання, а також схвалені та рекомендовані як керівні принципи для міжнародної звітності про здоров'я.

Другий вид — похідні класифікації, які засновані на еталонних класифікаціях. Вони можуть бути підготовлені шляхом прийняття структури та класів еталонної класифікації, надаючи додаткові деталі, але крім тих, що надаються еталонною класифікацією. Також вони можуть бути створені шляхом перегрупування чи агрегування елементів з однієї чи кількох еталонних класифікацій. Похідні класифікації часто створюють для використання на національному чи міжнародному рівні.

І третій вид класифікацій — це пов'язані класифікації. Вони частково посилаються на еталонні класифікації або пов'язані з еталонною класифікацією лише на певних рівнях структури.

Сімейство міжнародних класифікацій і термінологій ВООЗ (WHO-FIC)

Своєю чергою, сімейство міжнародних класифікацій і термінологій ВООЗ складається з трьох документів:



МКХ-11 *Одинадцятий перегляд*

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям

Джерело: WHOi



МКФ

Міжнародна статистична класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Джерело: WHOi



МКМІ

Міжнародна статистична класифікація медичних втручань

Джерело: WHOiii

Сімейство міжнародних класифікацій ВООЗ має спільні завдання

- + Їхнє використання дає змогу встановити спільну мову, аби спростити спілкування між фахівцями сфери охорони здоров'я, пацієнтами та їхніми родинами.
- + Класифікації полегшують порівняння даних різних галузей охорони здоров'я, послуг і часу в різних країнах.
- + Класифікації є основою для інформаційних вимірювань, пов'язаних зі здоров'ям та управлінням охороною здоров'я, а також основою для розробки міжнародних стандартів і створення будівельних блоків інформаційних систем охорони здоров'я.

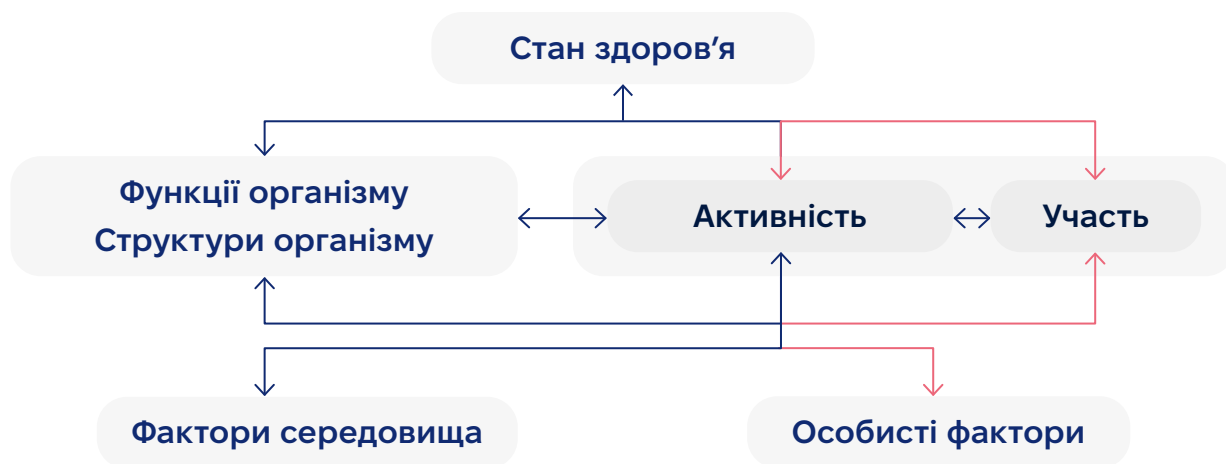
Наприклад, інформація про смертність відповідно до МКХ і показники здоров'я відповідно до МКФ можуть комбінуватися в сумарних показниках стану здоров'я населення. У такий спосіб може відбуватися моніторинг та оцінка його стану, розподілу та впливу різних чинників на смертність, захворюваність, функціонування.

Головна функція міжнародних класифікацій — спрощення процесу передачі інформації.

Довідкові класифікації служать глобальними стандартами для даних про здоров'я, клінічної документації та статистичних агрегацій.

Сімейство міжнародних класифікацій ВООЗ забезпечує загальні правила для кодування широкого спектра інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Наприклад, діагностики, функціонування та обмеження життєдіяльності або причин для звертання за медичною допомогою.

Ці класифікації використовують стандартизовану загальнодоступну мову, що дозволяє спілкування на теми, пов'язані зі здоров'ям та охороною здоров'я у всьому світі в різних дисциплінах і галузях науки.



У міжнародних класифікаціях ВООЗ стани здоров'я класифікуються головним чином в МКХ, яка визначає етіологічну основу. Функціонування та обмеження життєдіяльності класифікуються в МКФ.

Втручання, які використовують для діагностики, профілактики, лікування та реабілітації, кодуються за МКМІ.

Таким чином, усі три класифікації ВООЗ доповнюють одна одну. Наразі рекомендоване їх спільне застосування.

В МКХ захворювання, розлади або інші медичні стани забезпечуються «діагнозом». Його доповнюють інформацією щодо функціонування, наданою МКФ. Спільна інформація, що стосується діагнозу та функціонування, дає більш широку і значущу картину здоров'я людей або населення в цілому.

Ця інформація може бути використана для прийняття рішень на різних рівнях.

Міжнародна класифікація втручань у сфері охорони здоров'я є ефективним інструментом звітності та аналізу особливостей втручань. Це допомагає у вирішенні клінічних і статистичних завдань.

Ця класифікація охоплює втручання, які здійснюються широким колом поставальників у системи охорони здоров'я.

Вона охоплює втручання у таких сферах, як діагностика, медичне, хірургічне, психічне здоров'я, первинна медична допомога, здоров'я в суміжних сферах, підтримка функціонування, реабілітація, традиційна медицина та громадське здоров'я.

Класифікація побудована навколо трьох осей. Це мета або об'єкт, на якому виконують дію. Власне дія, або ж вчинок суб'єкта щодо цілі. Та засіб, тобто процес та метод, за допомогою яких виконують дію.

ISO 9999:2016

Ще одним документом, про який важливо знати фахівцям з реабілітації, є ISO 9999:2016.

В ньому подано класифікацію та визначення допоміжних засобів, спеціально виготовлених або загальнодоступних, для оптимізації функціонування та зменшення обмежень життєдіяльності. Ця класифікація розробляється Міжнародною організацією зі стандартизації та використовує терміни МКФ.

До класифікації включені допоміжні засоби, які використовуються людиною для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності, але потребують допомоги іншої людини для їхньої експлуатації. Допоміжні засоби (включаючи програмне забезпечення) класифікують відповідно до їхніх функцій. Класифікація складається з трьох ієрархічних рівнів, а кожен код — із трьох пар цифр.

Цей документ наразі містить 948 назв. Усі допоміжні засоби в цій класифікації в основному призначені для використання поза медичними закладами, однак деякі можна використовувати в таких закладах, як реабілітаційні центри, з метою навчити осіб з порушенням повсякденного функціонування користуватися цими засобами.

У 2003 році ISO 9999 було прийнято, як пов'язаний член Сімейства міжнародних класифікацій ВООЗ для стимулювання використання цього документа.

Спільне використання

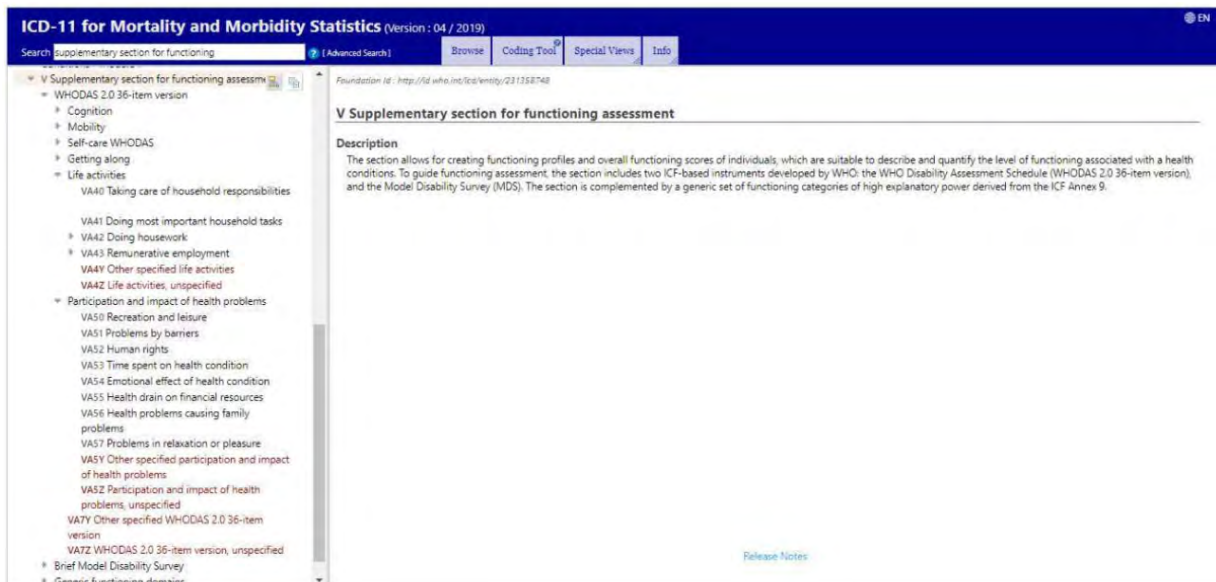
Як вже зазначалося раніше, МКХ та МКФ використовують спільно, а отже і їхні коди теж. У такий спосіб можна описувати додаткові деталі, що стосуються втручання у сфері охорони здоров'я.



МКФ

Міжнародна статистична класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Джерело: WHOi



Наразі 47 категорій Функціонування включено до МКХ-11, вони містяться в додатковій секції (Розділ 5).

Дані категорії охоплюють всі 30 загальних категорій МКФ. Зокрема, це Типове обмеження з обмежень життєдіяльності (Model Disability Survey) та Таблиця оцінювання обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я 2.0. (WHODAS 2.0). Використання кодів цього розділу не є обов'язковим для країн та поки що не включено до Інструменту кодування МКХ.

Отже, процес спільного використання еталонних класифікацій ВООЗ у клінічній ситуації буде виглядати наступним чином.

Кодування діагностичних втручань здійснюємо за допомогою МКМІ. Порушення функціонування класифікуємо за допомогою МКФ. Для клінічного діагнозу використовуємо МКХ. І для терапевтичних інтервенцій знову повертаємось до МКМ.

В Україні використовують їхні адаптовані версії у вигляді Національних класифікаторів: НК 026:2021 — це адаптована версія Австралійської класифікації медичних втручань, НК 025:2021 — адаптована версія МКХ-10-АМ, НК 030:2022 — адаптована МКФ.

Спільне використання класифікацій, як вважає ВООЗ, допоможе всебічно описувати здоров'я.

3.2. ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

В цьому розділі говоримо про чинники, що впливають на функціонування. Спочатку отримуємо відповідь на питання, чому функціонування кожного з нас не є сталим? А потім розглянемо це на прикладі пацієнта.

Чинники функціонування

Як вже відомо, функціонування та обмеження життєдіяльності не обов'язково є наслідками хвороби або пошкодження, але водночас вони пов'язані із низкою чинників, наприклад, зі станом здоров'я особи, з її особистими факторами та з середовищем, в якому людина функціонує. Поговоримо про кожен із них окремо.

Стан здоров'я особи

Стан особи — це перший чинник, що впливає на функціонування. Він є точкою відліку.

Саме хвороби, гострі чи хронічні стани, а також ураження, як правило, призводять до порушення певних структур чи функцій організму людини, що, своєю чергою, позначається на активностях та функціонуванні в цілому. Але варто пам'ятати, що стан здоров'я, впливаючи на функціонування, не визначає його. Тобто особи з однаковими станами здоров'я не обов'язково повинні мати однакові порушення та обмеження у функціонуванні.

Характеристика особи

Особисті фактори також є важливим чинником функціонування. Люди не просто мають різний вік, стать, віросповідання, але і різну освіту, мотивацію, досвід, бажання, реакції на стресові ситуації. Саме людська особистість багато в чому визначає функціонування. Тож коли людина стикається з хворобою чи травмою, то її характер, переконання та особистість будуть певним чином впливати на процес лікування, реабілітації та адаптації до середовища.

Середовище, в якому людина функціонує

Нарешті, третій чинник, який впливає на функціонування, — це середовище, в якому людина функціонує.

Подумайте про ось що. Людина може мати фізичні можливості, бажання, мотивацію до занять, наприклад, плаванням. Але чи зможе вона реалізувати своє бажання без обладнаного басейну та тренера? А у середовищі, сповненому фізичних бар'єрів? Без матеріальних ресурсів? А чи зможе людина максимально реалізувати свій потенціал без доступної реабілітації, без наявності підготовлених фахівців, обладнання, реабілітаційних відділень?



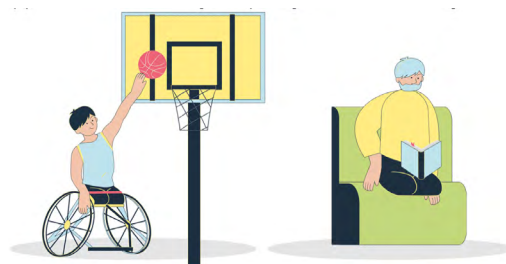
Варто нагадати, що всі фахівці галузі охорони здоров'я є фактором середовища і впливають значною мірою на функціонування людини, якій надається допомога. Всі складові середовища важливі!

Тільки стан здоров'я чи діагноз (МКХ) не дає достатніх відомостей про пережитий досвід осіб.

У людей з однаковим станом здоров'я досвід може відрізнятися, тому і рівень функціонування буде різним.

Стан здоров'я чи діагноз не дає достатніх відомостей про пережитий особою досвід. Дві особи з однією і тією самою хворобою можуть мати різні рівні функціонування.

Так само дві особи з однаковим рівнем функціонування чи однаковими обмеженнями життєдіяльності не обов'язково мають однаковий стан здоров'я.



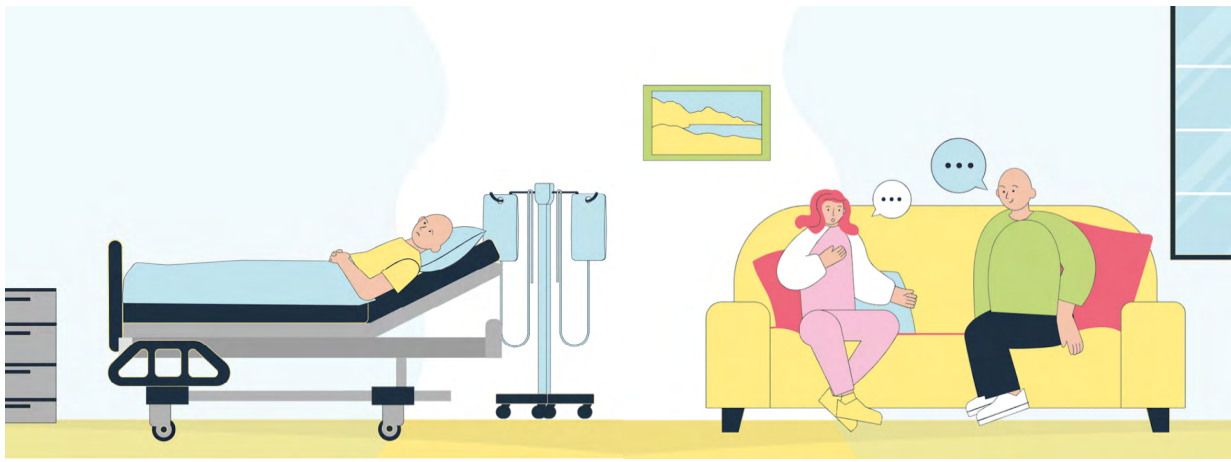
Досвід людей з різними станами здоров'я може бути схожим.

Категорії міжнародної класифікації функціонування нейтральні, тому однакові обмеження можуть траплятися при різних станах здоров'я.

Функціонування може змінюватися для тієї самої особи з плином часу, хоч стан здоров'я не змінюється.

Як приклад — історія пацієнта із важким ураженням головного мозку.

На першій ілюстрації можемо побачити рівень функціонування пацієнта після виписки з лікарні. У пацієнта були дисфагія, втрата ваги, абсолютна неспроможність рухатись самостійно, переміщуватися, доглядати за собою.



Далі ми бачимо результат реабілітації в домашніх умовах, спільних дій сім'ї та фахівців з реабілітації. У цьому випадку були залучені фізичні терапевти і терапевт мови та мовлення, надавав консультації лікар, а також бачимо результат високої мотивації та роботи пацієнта. Пацієнт набрав вагу, він спілкується, є мобільним, може самостійно доглядати за собою і виконувати щоденні активності.

Саме за допомогою МКФ ми можемо показати всі ці зміни у функціонуванні. Причому не просто побачити їх, а задокументувати і продемонструвати ефективність роботи фахівців за наявними обмеженнями.

Це є однією з цілей міжнародної класифікації функціонування. Більше про це дізнаємося у наступному розділі.

3.3. ЦІЛІ ТА СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ МКФ

У цьому розділі розглянемо цілі МКФ та сфери застосування цієї класифікації.

Мета МКФ

Як говорилося раніше, загальною метою класифікації МКФ є визначення уніфікованої і стандартизованої мови та схем опису станів здоров'я і станів, пов'язаних зі здоров'ям.

Міжнародна класифікація функціонування впроваджує визначення компонентів здоров'я та деяких пов'язаних із здоров'ям компонентів добробуту, наприклад, таких, як освіта та праця.

Функціонування є загальним терміном, який охоплює всі функції, види активності та участі. Він динамічно взаємодіє із терміном обмеження життєдіяльності, який використовують для опису порушень та обмежень.

Цілі МКФ

Також МКФ містить перелік факторів середовища, які взаємодіють із усіма цими категоріями. Тож ця класифікація дає змогу користувачеві фіксувати важливі профілі функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я особи в межах різних доменів.

МКФ — це багатоцільова класифікація, призначена для використання в різних дисциплінах і сферах. Вона має специфічні взаємопов'язані цілі. Серед них є такі:



Забезпечити наукову основу для розуміння та вивчення показників здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям станів, наслідків та факторів, що їх визначають.



Запровадити загальну мову для опису показників здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям. Це дає змогу зробити спілкування між працівниками охорони здоров'я, пацієнтами, науковими працівниками, адміністраторами та громадськістю легшим та ефективним.



Це уможливити порівняння інформації в різних країнах, сферах медико-санітарної допомоги, службах, а також порівняння в часі.



Забезпечити інформаційні системи охорони здоров'я систематизованими схемами кодування.

Де і для чого можна застосовувати МКФ?

Міжнародна класифікація функціонування — це клінічний інструмент, який використовують для оцінювання потреб, відповідності методів терапії, оцінки

професійної придатності, реабілітації та її результатів. Але цим сфера її застосування не вичерпується.

Міжнародна класифікація функціонування може бути статистичним інструментом, наприклад, щоб збирати та реєструвати дані. Вона може бути інструментом дослідження, коли за її допомогою оцінюються результати, якість життя або фактори середовища.

Крім того, МКФ є інструментом соціальної політики, коли йдеться про планування заходів соціального захисту, систем компенсації або загалом про розробку і реалізацію цієї політики.

МКФ можна використовувати і для навчання, зокрема, для розробки навчальних програм та підвищення обізнаності серед громадськості.

Ця класифікація функціонування сприяє розумінню, що обмеження життєдіяльності пов'язані з бар'єрами середовища такою ж мірою, як і зі станом здоров'я або порушеннями. Розуміння цього на політичному рівні може сприяти відчутним соціальним змінам для людей з обмеженням життєдіяльності у всьому світі.

МКФ може допомогти у визначенні основної проблеми обмеження життєдіяльності та визначити необхідні втручання, які будуть належним чином націлені, контрольовані, а ефект від них — вимірюваний.

Таким чином, можна досягти конкретних та доказових цілей і покращити загальні показники захисту людей з обмеженням життєдіяльності.

Сфери використання МКФ

МКФ була прийнята як одна з соціальних класифікацій ООН, що розширило сфери її використання.

МКФ також служить потенційно потужним інструментом для захисту людей з обмеженнями життєдіяльності на основі доказів.

Що це означає?

Наявність даних про функціонування та обмеження життєдіяльності сприяє розробці та реалізації програм, що підтримують та поліпшують функціонування осіб із різними станами здоров'я. Наприклад, вона забезпечує надійні та порівняльні дані, щоб показати необхідність змін.

МКФ є класифікацією здоров'я та показників, пов'язаних зі здоров'ям

За своєю суттю вона є класифікацією, пов'язаною з охороною здоров'я та обставинами, які стосуються здоров'я, тому логічно, що МКФ також використовують в таких сферах, як страхування, соціальний захист, праця, освіта, економіка, розробка стратегії соціального та загального законодавства — скрізь, де здоров'я людини є цінністю, на яку варто зважати.

Крім того, є чимало різних сфер, де застосування МКФ буде корисним. Наприклад, оцінювання управління охорони здоров'я та моніторингу населення на місцевому, національному та міжнародному рівнях.

ТЕМА 4

СТРУКТУРИ ТА КОДИ МКФ

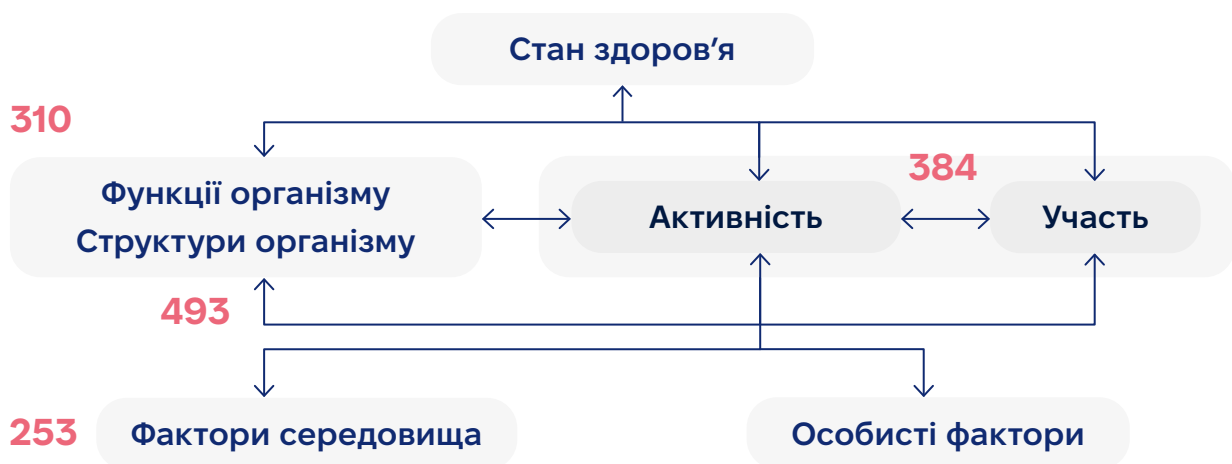
4.1. СТРУКТУРА МКФ. ОСНОВИ КОДУВАННЯ МКФ

У цій лекції ми розглянемо власне структуру цієї класифікації та ознайомимось з основами кодування.

Перш ніж поговоримо про коди, варто згадати, що

«МКФ класифікує не людей, а описує ситуацію кожної людини через призму низки доменів здоров'я або пов'язаних із здоров'ям доменів», — ВООЗ, 2001

СТРУКТУРА МКФ



Одиницею міжнародної класифікації функціонування є категорія. В цілому МКФ налічує понад тисячу категорій, з яких 493 призначені для структур організму, 310 використовують для опису функцій, і ще 384 — для опису активності і участі. Всього 253 категорії відведено для факторів середовища.

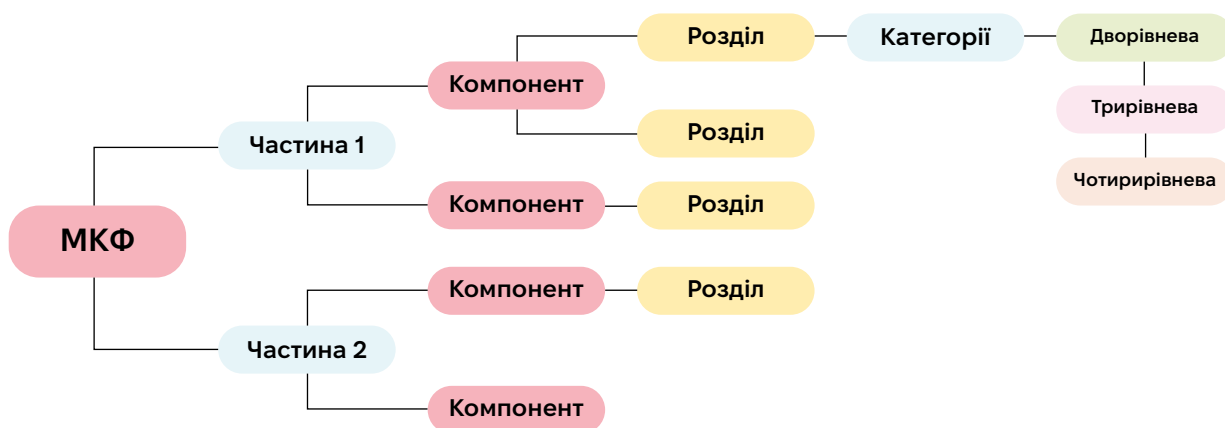
Особисті фактори, про які йшла мова раніше, не класифікуються, тож жодної категорії вони не мають.

МКФ містить дві частини, у кожної з них є два компоненти

- + Функціонування та обмеження життєдіяльності. У частині функціонування і обмеження життєдіяльності є два компоненти. Це функції та структури організму, а також активність та участь.

- + Контекстуальні фактори. У частині контекстуальних факторів також маємо два компоненти. Це фактори середовища, а також особисті фактори, що не класифіковані в МКФ.

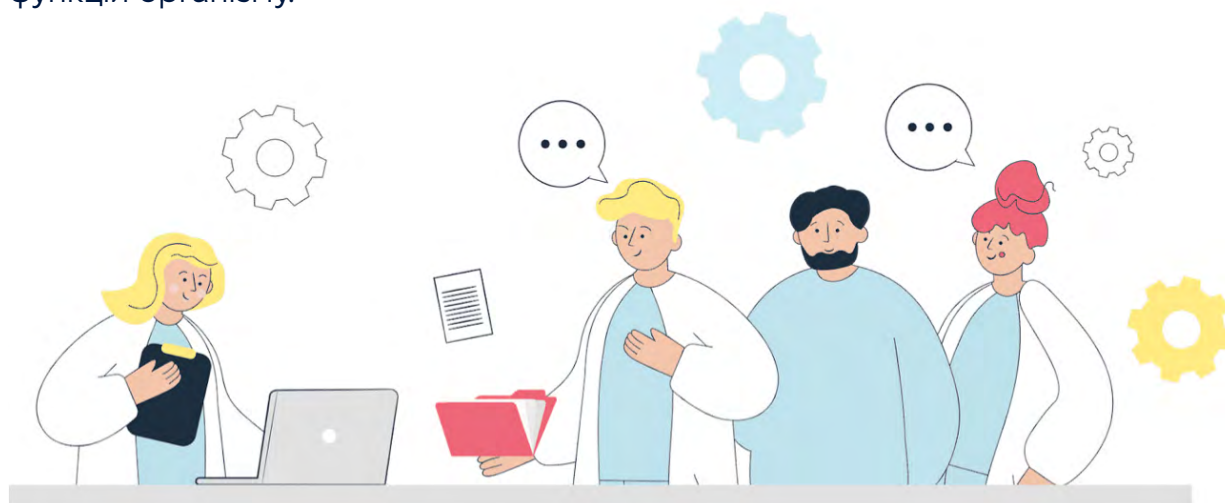
Далі відбувається подальший детальніший поділ. Компонент складається з різних розділів і, в межах кожного розділу, — з категорій, які є одиницями класифікації. Категорії можуть бути дво-, три- та чотирирівневими.

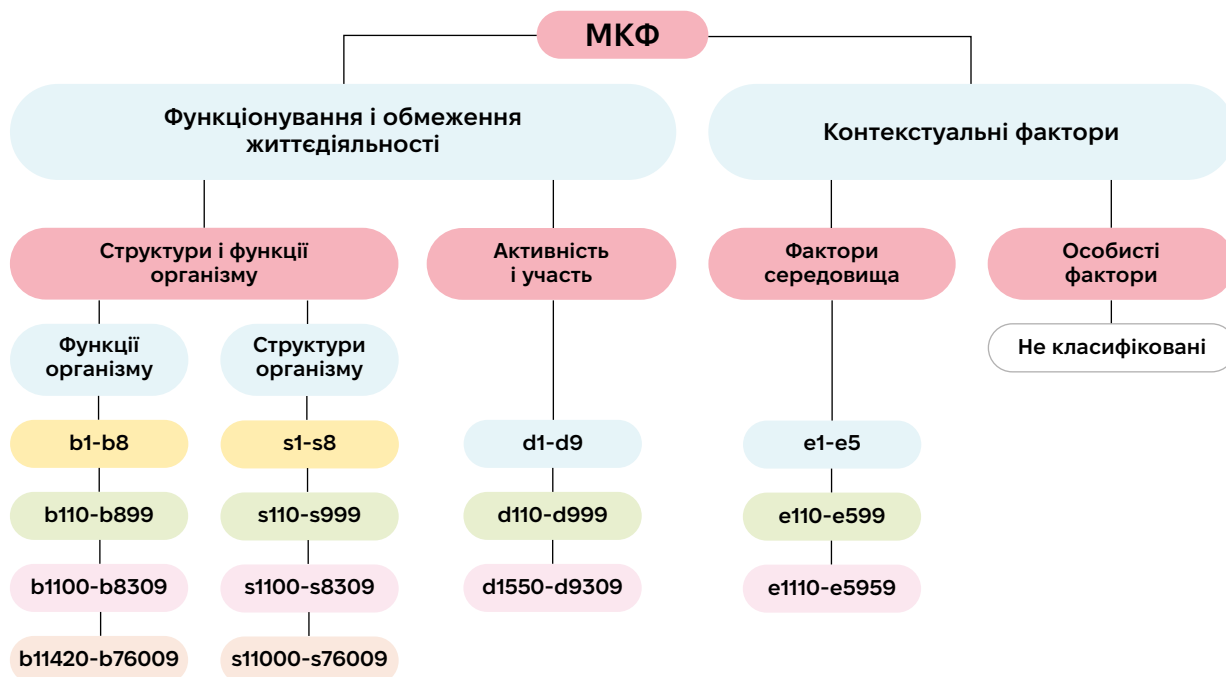


В цілому класифікація чотирирівнева. Рівні утворюють ієрархічний порядок. Перший рівень містить усі елементи другого рівня, другий — третього і так далі.

Маємо дві частини. Вони мають такі компоненти, як структури організму, функції організму, активність та участь, фактори середовища і особисті фактори, які не класифікують.

Відповідно, далі йдуть розділи, які є першим рівнем класифікації. Заглиблюємось на другий рівень класифікації до компонентів — і маємо тут тризначний код. Йдемо на третій рівень і бачимо чотиризначний код. На четвертому рівні класифікації код буде п'ятизначним. Його застосовують лише для структур та функцій організму.





Основи кодування

Розглянемо, з яких компонентів складається код МКФ.

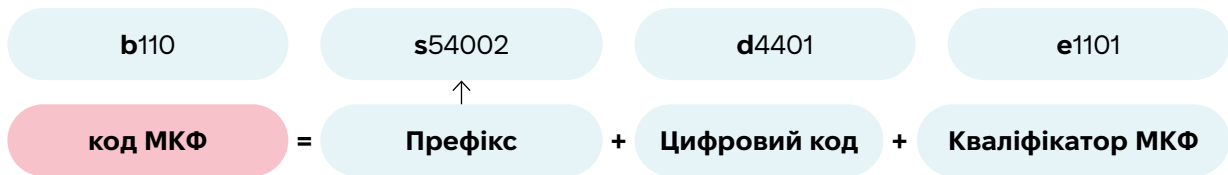
Пам'ятаємо, що йдеться не про кодування хвороби, бо це ми можемо зробити за допомогою Міжнародної класифікації хвороб, НК 025:2021.

Перш за все, це префікс, далі йде цифровий код та кваліфікатор. Про кваліфікатори ми поговоримо у наступній темі, а поки що розберемось із префіксами та кодами.

В кожному коді префікс стає на початку і позначений малою буквою:

- + b — використовують для функцій організму
- + s — означає структури організму
- + d — відображає активність та участь
- + e — означає фактори середовища

За префіксом слідує цифровий код. Він починається з номера розділу — це одна цифра. Далі бачимо другий рівень, що кодується двома цифрами. Третій та четвертий рівні також мають по одній цифрі кожен.



b,s,d,e = місце в кваліфікації

кількість цифр = рівень деталізації



Наприклад, у класифікації функцій організму є такі коди:

- + b2 Сенсорні функції та біль. Це елемент першого рівня
- + b210 Функції бачення. Це елемент другого рівня
- + b2102 Якість зору. Елемент третього рівня
- + b21022 Чутливість до контрасту. Елемент четвертого рівня.

Інший приклад

Візьмемо активність та участь.

На першому рівні класифікації маємо Розділ d5 Самообслуговування. На другому рівні цей розділ налічує вже 9 категорій, одна з яких, наприклад, d540 Користування одягом і взуттям. На третьому рівні ця категорія d540 Користування одягом і взуттям деталізується ще глибше і налічує ще 7 категорій, одна з яких, наприклад, d5403 Зняття взуття, означає «Проведення координованих завдань щодо знімання шкарпеток, панчоx і взуття». Категорій четвертого рівня для цієї активності не існує.

А що відбувається, коли людина має декілька особливостей функціонування на кожному рівні?

Тоді для опису ситуації конкретної особи можна застосовувати більше як один код. Граничної кількості кодів одного рівня, які можна використовувати, — не існує. Якщо це відповідає потребі, можуть бути задіяні усі.

У МКФ стан здоров'я людини може бути позначений масивом кодів по всіх розділах компонентів класифікації. Вони можуть бути незалежними або взаємопов'язаними.

ЗАЛЕЖНО ВІД ПОТРЕБ КОРИСТУВАЧА

КОДИ

- + Може застосовуватись більше одного коду.
- + На кожному рівні можна використувати будь-яку кількість кодів.

ЗАЛЕЖНО ВІД ПОТРЕБ КОРИСТУВАЧА

КОДИ

- + Можуть бути незалежними або взаємопов'язаними.
- + До коду МКФ додається кваліфікатор, що позначає величину рівня здоров'я (наприклад, ступінь тяжкості проблеми). (до питання кваліфікаторів ми перейдемо у наступній 5-ій темі).
- + Загалом, більш детальна версія на чотирьох рівнях призначена для спеціалізованих послуг, тоді як дворівнева класифікація може використовуватися у повсякденній клінічній практиці.

4.2. МКФ БРАУЗЕР: СТРУКТУРА, ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

У цьому розділі розглянемо структуру та можливості використання браузера МКФ. З його допомогою можна ознайомитися зі структурою класифікації, знайти потрібні коди та визначення, створити власні списки кодів МКФ відповідно до порушень та обмежень конкретної особи, а також переглянути класифікацію кількома мовами.

Браузер МКФ полегшує пошук категорій під час практичного використання класифікатора.

Фахівці з реабілітації та інші фахівці можуть знайти категорії онлайн за допомогою МКФ браузера на сайті ВООЗ та науково-дослідної гілки МКФ. Браузер організований відповідно до структури міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. Він перекладений різними мовами, але на жаль, поки що не містить української. Проте офіційний переклад МКФ українською мовою доступний на сайті МОЗ України.



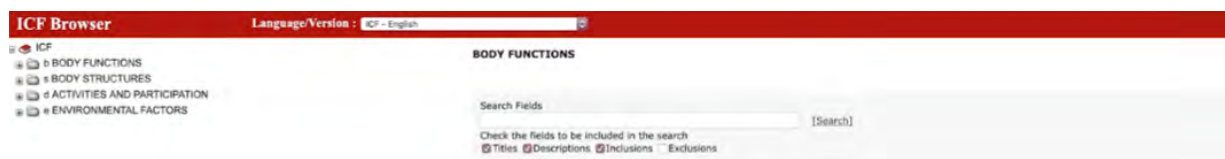
Завантажити актуальну версію класифікатора

Для того, щоб розпочати роботу з браузером МКФ, вам потрібен доступ до мережі Інтернет та комп'ютер.

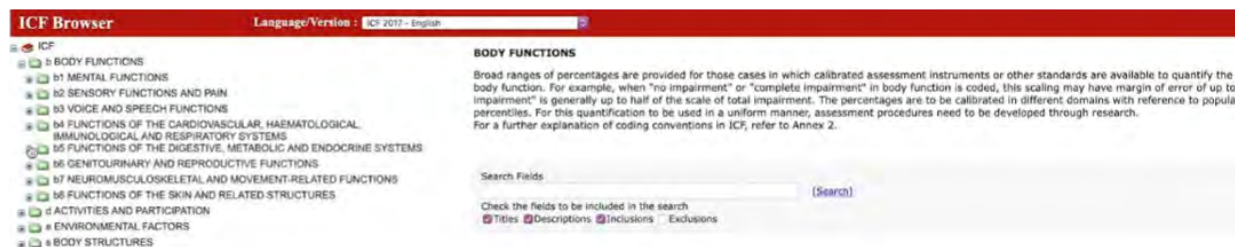


Використання браузера починається зі входу за посиланням

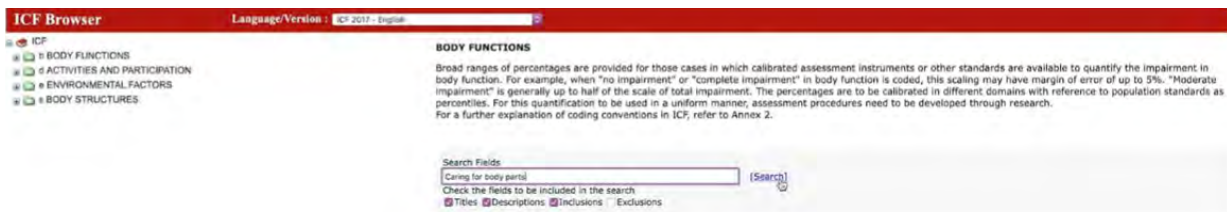
На домашній сторінці браузера у верхній частині обираємо зручну мову. У центрі бачимо пошуковий рядок, а над ним — інформацію про те, у якому розділі знаходитесь зараз. Ліворуч розташовані розділи МКФ.



Додаючи маркери із позначкою «плюс» ліворуч від назви розділу, можна ознайомитись з усіма категоріями, які входять до нього. Також є можливість за допомогою маркерів відкрити категорії інших рівнів. Це дає змогу під час опису функціонування деталізувати порушення та обмеження у конкретного пацієнта.



Щоб знайти код потрібної структури, функції, активності, участі або фактора середовища, треба ввести його опис у пошуковий рядок.



Наприклад, нам потрібно перевірити, який код відповідає активності/участі «Догляд за частинами тіла». Вводимо вказану активність/участь у рядок пошуку Браузера МКФ і клікаємо на слово «Пошук» праворуч. В результаті пошуку отримуємо підказки щодо розділу, в якому міститься наш запит, та коди, що йому відповідають.



Якщо натиснути на категорію МКФ «Догляд за частинами тіла», відкривається підказка, яка допомагає зрозуміти, що охоплює ця категорія. Наприклад, код d520 «Догляд за частинами тіла», як видно, містить догляд за шкірою обличчя, зубами, шкірою голови, нігтями та статевими органами, які вимагають не лише миття та сушіння. З даної категорії виключено вмивання з кодом d510 та туалет із кодом d530.



Швидкі темпи впровадження МКФ в Україні потребують створення та адаптації електронних інструментів, заснованих на МКФ. З одним із таких ви сьогодні познайомились.

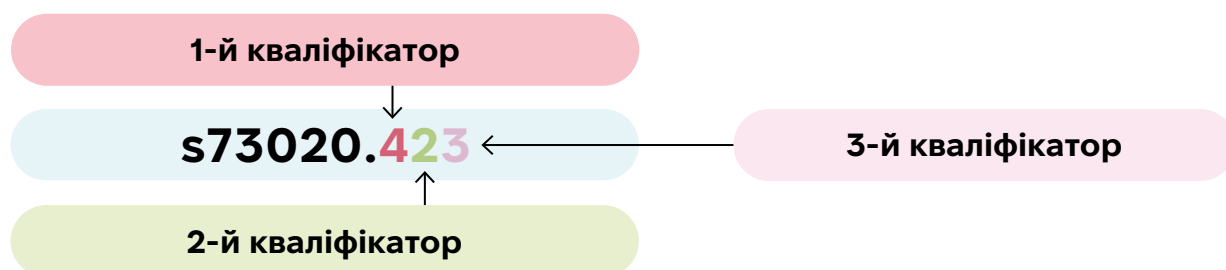
ТЕМА 5

КВАЛІФІКАТОРИ МКФ

5.1. ПОНЯТТЯ ПРО КВАЛІФІКАТОРИ МКФ. КВАЛІФІКАТОРИ ДЛЯ ФУНКЦІЙ ОРГАНІЗМУ

Кваліфікатори є числовими кодами. Вони вказують на межі й обсяг функціонування або обмежень життєдіяльності в цій категорії або на ту міру, в якій середовище є сприятливим фактором чи бар'єром. Тобто кваліфікатор означає величину рівня здоров'я чи ступеня тяжкості проблеми.

КОДУВАННЯ КВАЛІФІКАТОРАМИ МКФ



Код МКФ складається з префікса, цифрового вираження категорії та кваліфікатора МКФ. Коди МКФ вимагають використання одного або кількох кваліфікаторів. Вони кодуються як одне, два або більше чисел після крапки, що слідує за кодом МКФ.

Використання будь-якого коду має супроводжуватися принаймні одним, першим, кваліфікатором. Без кваліфікаторів коди МКФ позбавлені змісту.

ЗНАЧЕННЯ КВАЛІФІКАТОРІВ

XXX. 0	проблеми ВІДСУТНІ	(немає, відсутні, незначні ...) 0-4%
XXX. 1	ЛЕГКІ проблеми	(легкі, незначні ...) 5-24%
XXX. 2	ПОМІРНІ проблеми	(середні, значні ...) 25-49%
XXX. 3	ВАЖКІ проблеми	(значні, інтенсивні ...) 50-95%
XXX. 4	АБСОЛЮТНІ проблеми	(тотальні ...) 96-100%
XXX. 8	неуточнено	
XXX. 9	не застосовується	

Перший кваліфікатор для всіх категорій визначається кількісно з використанням загальної шкали.

Проблема може означати порушення, обмеження або бар'єри залежно від конструкції.

Три символи перед крапкою позначають номер домену другого рівня. У дужках нижче наведені кваліфікаційні слова, що описують проблему.

Відсоткове значення — це діапазон, що визначає порушення, обмеження, проблему чи бар'єр. Цей показник приблизний і його використовують, коли наявні відповідні інструменти оцінки.

Наприклад, кваліфікатор 0 після крапки означає, що проблема відсутня або незначна. Її відсоткове вираження становить 0–4%. Кваліфікатор 1 вказує на легку проблему (5–24%), 2 — на помірну (25–49%), 3 — на важку (50–95%), 4 — на абсолютну (96–100%). Кваліфікатор 8 використовують, коли міра порушення не визначена, а 9, коли кваліфікатор не застосовують.

Кодування функцій організму

Згадаємо зміст понять.

- + **Функції організму** — це фізіологічні функції систем організму, в тому числі психологічні функції.
- + **Порушення** — проблеми у функції або структурі організму, що визначаються як значні відхилення або втрати.

Функції організму кодуються одним загальним кваліфікатором, який вказує на ступінь або величину порушення.

Наявність порушення можна визначити як втрату або відсутність, скорочення, додаток чи надлишок, або ж як відхилення.

Наприклад, нам потрібно записати помірні порушення функції сили м'язів однієї сторони тіла у пацієнта з геміпарезом. Порушення людини з геміпарезом можна описати за допомогою коду b7302 Сила м'язів однієї сторони тіла. Після того, як проблема виявлена, її можна масштабувати за ступенем тяжкості, використовуючи загальний кваліфікатор. Тому після крапки додаємо один кваліфікатор зі значенням 2, що означає помірні порушення.

1-й кваліфікатор –
обсяг порушення

* тільки один кваліфікатор

b7302.2

Сила м'язів однієї сторони тіла

XXX. 0

проблеми **ВІДСУТНІ**

XXX. 1

ЛЕГКІ проблеми

XXX. 2

ПОМІРНІ проблеми

XXX. 3

ВАЖКІ проблеми

XXX. 4

АБСОЛЮТНІ проблеми

XXX. 8

неуточнено

XXX. 9

не застосовується

Іноді нам потрібно вказати на відсутність якогось порушення. Для цього використовують кваліфікатор зі значенням нуль. Наприклад, код b7302.0 означає, що у людини відсутні порушення сили м'язів однієї сторони тіла.

b7302.0

ВІДСУТНІ порушення сили м'язів однієї сторони тіла

b7302.1

ЛЕГКІ порушення сили м'язів однієї сторони тіла (5-24%)

b7302.2

ПОМІРНІ порушення сили м'язів однієї сторони тіла (**25-49%**)

b7302.3

ВАЖКІ порушення сили м'язів однієї сторони тіла (**50-95%**)

b7302.4

АБСОЛЮТНІ порушення сили м'язів однієї сторони тіла (**96-100%**)

Якщо не вистачає інформації для визначення тяжкості порушення, слід використати значення «8». Наприклад, у медичних записах особи натрапляємо на код b7302.8. Це буде означати, що людина має порушення сили м'язів однієї сторони тіла, але не уточнене.

Крім того, можуть виникати ситуації, коли певні коди непридатні до застосування. Наприклад, код b650 Функції менструації не застосовують для жінок до або після певного віку, відповідно, до появи менструації або після менопаузи. Для цих випадків відведено значення кваліфікатора 9. Код b650.9 означає функції менструації не застосовуються.

XXX. 8

неуточнено

XXX. 9

не застосовується

b7302.8

порушення сили м'язів однієї сторони тіла, **НЕУТОЧНЕНО**

b7302.9

менструальні функції, **НЕ ЗАСТОСОВУЮТЬ**

Порушення можуть бути:

- + тимчасовими або постійними;
- + прогресуючими, регресуючими або стабільними;
- + переміжними або безперервними.

Відхилення від популяційної норми може бути незначним або суттєвим і може змінюватися з часом.



5.2. КВАЛІФІКАТОРИ ДЛЯ СТРУКТУР ОРГАНІЗМУ

Структури організму в МКФ

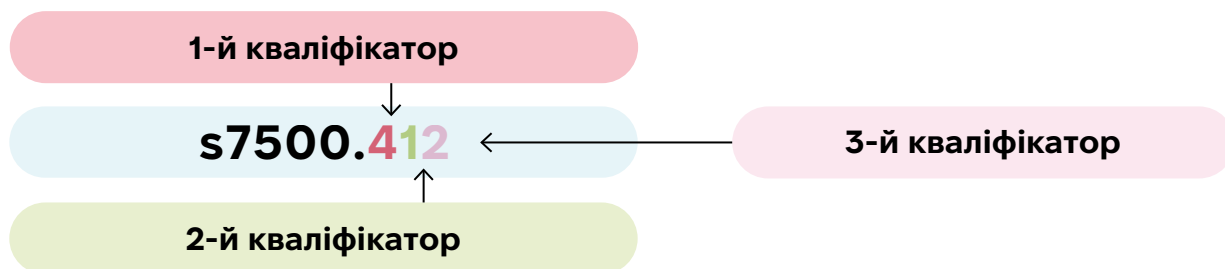
Структури організму класифікують відповідно до його систем. Компонент структури може бути виражений в позитивних, коли йдеться про структурну цілісність, і в негативних термінах, у випадку виявлення порушення.

Класифікація структур організму

- + Структури нервової системи
- + Око, вухо і пов'язані з ними структури
- + Структури, що беруть участь у голосоутворенні та мовленні
- + Структури серцево-судинної, імунної та дихальної системи
- + Структури, пов'язані із системами травлення, обміну речовин та ендокринною системою
- + Структури, що відносяться до сечостатевої та репродуктивної системам
- + Структури, пов'язані з рухом
- + Шкіра та пов'язані з нею структури

Структура коду

Як тільки порушення з'являється, його можна оцінювати за ступенем тяжкості з використанням загального кваліфікатора МКФ.



Порушення структури — це аномалія, дефект, втрата або інше значне відхилення у структурах організму.

Зміни у структурах організму можна охарактеризувати на основі МКФ за допомогою трьох кваліфікаторів.

Перший кваліфікатор

Перший кваліфікатор для структур організму — це загальний кваліфікатор із негативною шкалою. Він використовується на позначення ступеня або величини порушення.

Нуль означає, що немає порушення. Цифри від одного до чотирьох виражають тяжкість проблеми у порядку зростання. Цифру вісім використовують, коли порушення не визначено, а дев'ять, коли кваліфікатор не застосовують з об'єктивних причин.

XXX. 0	ВІДСУТНІ порушення	0-4%
XXX. 1	ЛЕГКІ порушення	5-24%
XXX. 2	ПОМІРНІ порушення	25-49%
XXX. 3	ВАЖКІ порушення	50-95%
XXX. 4	АБСОЛЮТНІ порушення	96-100%
XXX. 8	неуточнено	
XXX. 9	не застосовується	

Другий кваліфікатор

Для структур організму другий кваліфікатор використовують для позначення характеру змін у відповідній структурі.

Нуль означає відсутність змін у структурі. Одиницею позначають повну відсутність структури. Двійкою — часткову відсутність, трійка — позначає додаткову частину, четвірка вказує на невідповідні розміри, п'ятірка — на розрив, шістка — на відхилення позиції, сімка означає якісні зміни у структурі, включно із накопиченням рідини. Як і у випадку першого кваліфікатора, цифра вісім означає, що характер змін структури не визначено, а дев'ятка, що кваліфікатор не застосовують.

XXX. 0	відсутність змін у структурі
XXX. 1	повна відсутність
XXX. 2	часткова відсутність
XXX. 3	додаткова частина
XXX. 4	аберантні розміри
XXX. 5	порушення цілостності
XXX. 6	змінене розташування
XXX. 7	кількісні зміни структури, включно із накопиченням рідини
XXX. 8	неуточнено
XXX. 9	не застосовується

Третій кваліфікатор

Третій кваліфікатор вказує локалізацію змін у структурах організму.

Нуль означає більш ніж одну локалізацію. Одиниця вказує на розташування праворуч, двійка — ліворуч, а трійка — з обох боків. Четвірка означає розташування змін спереду, а п'ятірка, відповідно, ззаду. За допомогою шестірки можна позначити зміни, розташовані проксимально, а за допомогою сімки — дистально. Зі значеннями вісім і дев'ять маємо таку ж ситуацію, як і у попередніх випадках. Вісім означає неуточнено, дев'ять — не застосовується.

XXX. 0	більш, ніж одну локалізацію
XXX. 1	справа
XXX. 2	зліва
XXX. 3	з обох боків
XXX. 4	спереду
XXX. 5	ззаду
XXX. 6	проксимально
XXX. 7	дистально
XXX. 8	неуточнено
XXX. 9	не застосовується

Приклад

Виберемо кваліфікатор для структур організму на прикладі особи, яка потребує реабілітації після ампутації лівої нижньої кінцівки на рівні кульшового суглоба (екзартикуляції).

Спочатку закодуємо структуру «стегно». В МКФ знаходимо відповідний код s7500 у такий спосіб. У розділі 7 із назвою «Структури, пов'язані з рухом» знаходимо «Структури нижньої кінцівки». Далі шукаємо «Структури стегна». Перший загальний кваліфікатор ступеня порушення встановлюємо для цього випадку «4», тобто повне порушення. Другий кваліфікатор, що відповідає за характер змін, буде «1», тобто повна відсутність структури. Локалізацію ліворуч позначимо за допомогою третього кваліфікатора з числовим значенням «2».

Отже, загальний вигляд коду для нашого випадку матиме такий вигляд: s7500.412.



5.3. КВАЛІФІКАТОРИ МКФ НА РІВНІ АКТИВНОСТІ ТА УЧАСТІ

Коротко нагадаємо основні поняття.

- + **Активність** — це виконання особою завдання або дії.
- + **Участь** — це залучення індивіда до життєвої ситуації.
- + **Обмеження активності** — це труднощі, яких може зазнавати особа при виконанні активності.
- + **Обмеження можливості участі** — це проблеми, яких може зазнавати особа при залученні до життєвих ситуацій.

Спробуємо розібратися, як саме за допомогою кваліфікатора відобразити обмеження активності та участі.

Кваліфікатори МКФ для Активності та Участі

Домени цього компонента мають два кваліфікатори. Перший характеризує виконання (продуктивність, англ. *performance*), а другий — здатність (англ. *capacity*).

Кваліфікатор Виконання (1-й кваліфікатор)

d4500.XX

Кваліфікатор Здатність (2-й кваліфікатор)

Кваліфікатор «Виконання» (продуктивність) описує те, що людина робить у своєму поточному середовищі.

Оскільки сучасне середовище передбачає і соціальний контекст, виконання можна також розуміти як залученість до життєвої ситуації або пережитий досвід в актуальному контексті свого життя. Цей контекст охоплює фактори середовища, тобто всі аспекти фізичного, соціального світу та стосунків з іншими людьми. Контекст кодується за допомогою компонента «Фактори середовища».

Кваліфікатор «Здатність» описує здатність особи виконувати завдання чи дію.

Ця конструкція має вказати найвищий можливий рівень функціонування, якого людина може досягти в певному домені в певний час.

Щоб оцінити повну здатність особи, потрібно мати «стандартне» середовище, позбавлене інших впливів.

Таке середовище можна створити двома способами.

Перший варіант — це фактичне середовище, яке зазвичай використовують для оцінки потенціалу в умовах тестування.

Другий варіант — у випадках, коли перший варіант, неможливий, створити передбачуване середовище, що теоретично має однаковий вплив. Це середовище можна назвати **«уніфікованим»** або **«стандартним» середовищем.**

Таким чином, кваліфікатор «Здатність» відображає скориговану з урахуванням факторів середовища здатність людини.

І для виконання (продуктивності), і для здатності використовують основну шкалу значення кваліфікаторів. Вона починається з нуля, що означає відсутність труднощів, і містить цифри до четвірки, якою позначають абсолютні труднощі. Додатково використовують значення вісім, коли обмеження не уточнено, а також значення дев'ять, коли кваліфікатор не можна застосувати.

Функції уніфікованого або стандартизованого середовища можуть бути закодовані за класифікацією факторів середовища. Про це дізнаємося у наступному розділі.

b5400.23

Одягання

XXX. 0

проблеми **ВІДСУТНІ**

XXX. 1

ЛЕГКІ проблеми

XXX. 2	ПОМІРНІ проблеми
XXX. 3	ВАЖКІ проблеми
XXX. 4	АБСОЛЮТНІ проблеми
XXX. 8	неуточнено
XXX. 9	не застосовується

Розрив між здатністю та виконанням (продуктивністю) відображає різницю між впливом існуючих та уніфікованих середовищ. У такий спосіб ми можемо бачити, що може бути змінено у середовищі людини для поліпшення її активності та участі.

Приклад

Маємо активність — Миття всього тіла.

Виражається кодом d5101.12

Як це розшифрувати? Що означають кваліфікатори?

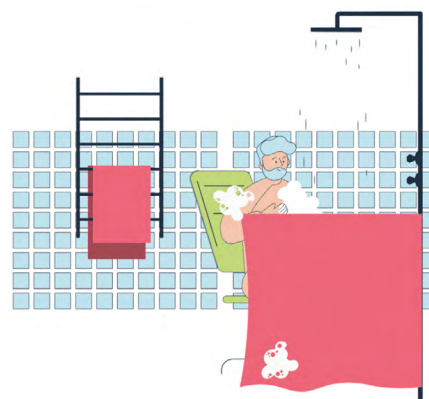
Почнемо з виконання (продуктивності). Його позначено загальним кваліфікатором зі значення «один», що описує проблему в середовищі людини. Тобто у нашому випадку це слабке обмеження при митті всього тіла з використанням допоміжних пристроїв, доступних для людини в її нинішньому середовищі.

Другий кваліфікатор — це здатність. Маємо тут значення «два», що описує обмеження без сторонньої допомоги. Тобто пацієнт має помірні труднощі з миттям всього тіла без використання допоміжних пристроїв або допомоги іншої людини.

Розберемо ще приклад. Тепер підемо іншим шляхом, тобто оберемо кваліфікатори.

Маємо пацієнта з порушенням СТРУКТУРИ, що кодується як s750.423. Це означає абсолютне порушення з частковою відсутністю нижніх кінцівок з обох боків. **Нам треба обрати кваліфікатори до активності «Бігання» із кодом d4552.** Пацієнт може бігти на протезі, тому обмежень немає.

Тож для виконання (продуктивність), нагадаємо, позначається загальним кваліфікатором і описує проблему в нинішній ситуації поточного середовища



людини, у нашому випадку ми оберемо кваліфікатор 0. Це буде означати відсутність обмеження у біганні з використанням допоміжних пристроїв, доступних для людини в її нинішньому середовищі, а саме із використанням протеза.

Далі дивимось, що ж зі здатністю. Вона теж позначається загальним кваліфікатором і описує обмеження без сторонньої допомоги.

У нашому випадку пацієнт має абсолютну нездатність бігти без використання допоміжних пристроїв або сторонньої допомоги, тому обираємо кваліфікатор зі значенням «чотири».

Повністю код має такий вигляд: d4552.04



Що треба запам'ятати

- + Активність та участь позначають двома кваліфікаторами. Як мінімум, має бути один.
- + Кваліфікатори мають однакову загальну шкалу.
- + Перший кваліфікатор характеризує виконання (продуктивність), другий здатність.

5.4. КВАЛІФІКАТОРИ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА

Фактори середовища

Фактори середовища мають один кваліфікатор. Його використовують, щоб позначати ступінь впливу середовища — як позитивних, тобто сприятливих чинників, так і негативних факторів, тобто бар'єрів.



Терміни для факторів середовища:



І сприятливі чинники, і бар'єри можуть бути виражені за однаковою шкалою від 0 до 4. Якщо фактор є полегшувальним, то замість крапки після коду ставлять знак «плюс».

Один і той самий фактор середовища може бути одночасно бар'єром і сприятливим чинником.

Наприклад, для дитини під час реабілітації підтримка родини може бути сприятливим чинником, передусім, коли йдеться про психологічну підтримку та допомогу в самообслуговуванні. Але одночасно члени родини можуть бути бар'єром — у випадку гіперопіки, яка зменшує участь дитини в реабілітаційному процесі.

Кваліфікатори факторів середовища

Кваліфікатор середовища може бути визначений з використанням загальної шкали, яка має такий вигляд.

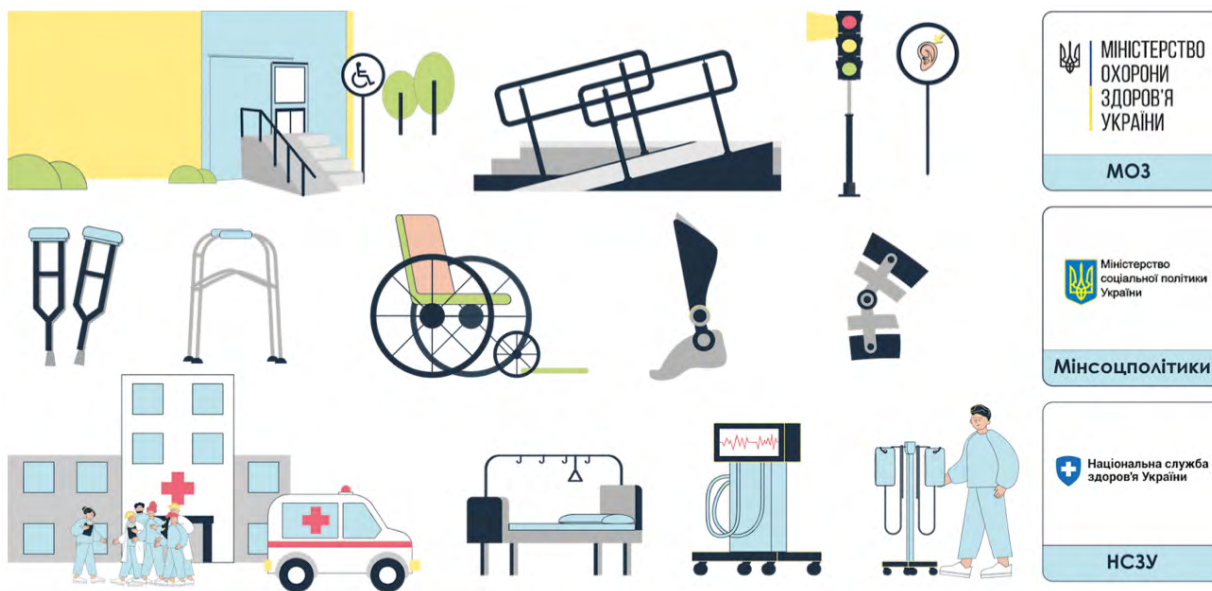
Значення «нуль» після крапки означає, що бар'єр відсутній. «Одиниця» вказує на слабкий бар'єр, «двійка» — на помірний, «трійка» на суттєвий, «четвірка» позначає абсолютний бар'єр. Значення «вісім» використовують, коли бар'єр невизначено, а «дев'ять» — якщо кваліфікатор не застосовують.

Ті самі значення зі знаком плюс позначають полегшувальні фактори.

Бар'єр	*тільки один кваліфікатор	Сприятливий чинник	*тільки один кваліфікатор
e310. 4	1-кваліфікатор – ступінь впливу бар'єра	e310+4	1-кваліфікатор – ступінь впливу сприятливого чинника
XXX. 0	ВІДСУТНІСТЬ бар'єра 0-4%	XXX+0	ВІДСУТНІСТЬ сприятливого чинника 0-4%
XXX. 1	ЛЕГКИЙ бар'єр 5-24%	XXX+1	ЛЕГКИЙ сприятливий чинник 5-24%
XXX. 2	ПОМІРНИЙ бар'єр 25-49%	XXX+2	ПОМІРНИЙ сприятливий чинник 25-49%
XXX. 3	ВАЖКИЙ бар'єр 50-95%	XXX+3	ВАЖКИЙ сприятливий чинник 50-95%
XXX. 4	АБСОЛЮТНИЙ бар'єр 96-100%	XXX+4	АБСОЛЮТНИЙ сприятливий чинник 96-100%
XXX. 8	неуточнено	XXX+8	неуточнено
XXX. 9	не застосовується	XXX+9	не застосовується

Приклад

Фактори середовища можна кодувати стосовно кожної конструкції індивідуально або назагал, без посилання на будь-яку індивідуальну конструкцію. Перший варіант є кращим, оскільки він чіткіше визначає вплив і приналежність. Кодування має проходити з урахуванням точки зору особи, для якої описують ситуацію.



Що ми маємо враховувати, коли кодуємо фактори середовища?

Для кодування сприятливих чинників ми маємо враховувати доступність ресурсу, а також надійний або змінний доступ, хорошу або низьку якість тощо. У випадку кодування бар'єрів може бути важливим, як часто цей фактор створює перешкоду людині, незалежно від того, чи є ця перешкода великою або малою, можна її уникнути чи ні.

Певні фактори середовища можуть створювати бар'єр уже за фактом свого існування

У суспільстві може існувати негативне ставлення до людей з обмеженням життєдіяльності. Або — навпаки, фактор стає бар'єром через свою відсутність, наприклад, коли ми говоримо про недоступність необхідної послуги.

Вплив факторів середовища на життя людей із певним станом здоров'я різноманітний і складний.

Сподіваємось, що майбутні дослідження дадуть змогу краще зрозуміти ці взаємодії та, можливо, обґрунтувати потребу у другому кваліфікаторі.

Чому «бідність» або «міське середовище» — це недостатній опис факторів середовища?

У деяких випадках різноманітний набір факторів середовища підсумовують узагальненим терміном, наприклад, бідність, розвиток, сільське або міське середовище, або соціальний капітал. Цих узагальнених термінів недостатньо для класифікації. В основному фахівець має виділити складові фактори та кодувати їх.

Необхідні подальші дослідження, щоб визначити, чи існують чіткі та послідовні набори факторів середовища, що складають відповідні окремі узагальнені умови.

Приклад

Розглянемо вибір кваліфікатора для фактора середовища «крісло колісне» на прикладі особи з травмою спинного мозку.

Рівень враження спинного мозку **C6-C7 AIS A**. Людина є активним користувачем крісла колісного. З його допомогою вона добирається до місця оплачуваної роботи з незначними труднощами. Якщо перефразувати, крісло колісне є суттєвим сприятливим чинником у цій ситуації.

Спочатку закодуємо фактор середовища «крісло колісне». В МКФ є відповідний код **e1201**. Він відноситься до розділу 1 «Засоби та технології». Далі — код «**Засоби та технології для особистої мобільності та транспортування в приміщенні та надворі**». Деталізація коду «**Допоміжні засоби та технології для особистої мобільності та транспортування в приміщенні та надворі**». Перший і єдиний кваліфікатор ступеня впливу в цьому випадку сприятливого чинника «крісла колісного» на переміщення людини з СМТ встановлюємо на рівні «+3», тобто суттєвий сприятливий чинник.

Отже, загалом код з кваліфікаторами в описаному випадку матиме такий вигляд: e1201+3.



ТЕМА 6

БАЗОВІ НАБОРИ МКФ. ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНЮВАННЯ

6.1. БАЗОВІ НАБОРИ МКФ: ВИДИ ТА МЕТА ВИКОРИСТАННЯ

Документування функціонування

До цього ми говорили, що МКФ дає змогу доволі детально і точно описувати функціонування. Проте існують труднощі з використанням класифікації у повсякденній практиці. Кожен із фахівців, залучених у процес надання реабілітаційної допомоги, описує функціонування по-різному. Це ускладнює комунікацію та взаємодію між учасниками мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Поточний стан



Selb M., 2018

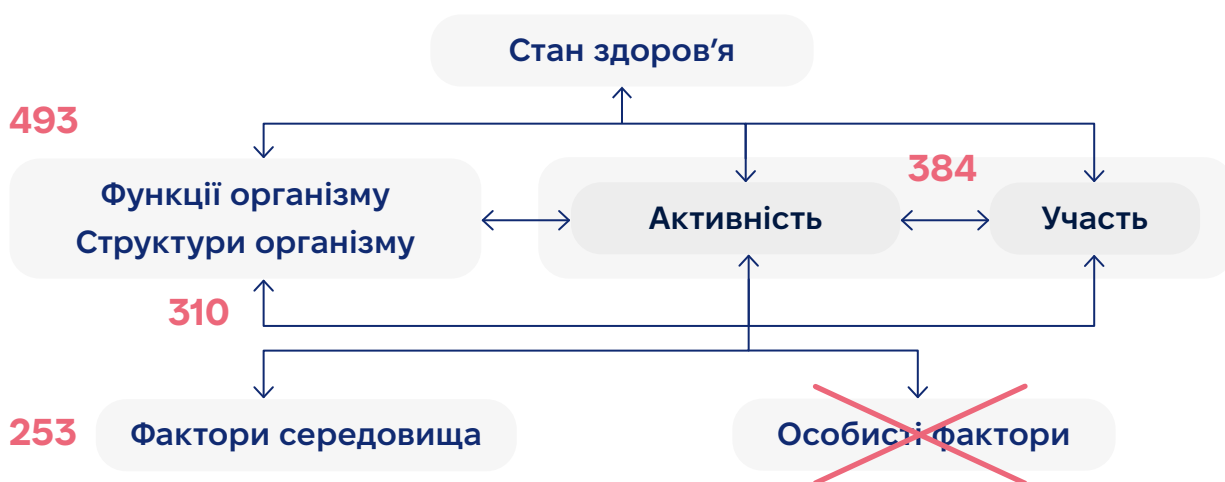
Мета у майбутньому



Selb M., 2018

Базові набори МКФ

Тому, аби спростити використання класифікації в повсякденній практиці, були створені базові набори МКФ.



Розробка базових наборів МКФ

Розробка базових наборів МКФ — це науковий процес, який передбачає емпіричне дослідження, систематичний огляд літератури, якісне дослідження та інтерв'ю з експертами. Загалом, розробка набору відбувається у 3 етапи та триває більше як два роки.

Підготовчий етап	Етап I	Етап II
Емпіричне дослідження багатьма центрами	Міжнародна погоджувальна конференція з питань МКФ	Тестування та валідація першої версії базових наборів МКФ
Систематичний огляд літератури	Перша версія базових наборів МКФ	
Якісне дослідження		
Опитування експертів		
РІК 1		РІК 2

Selb M, Escorprizo R, Kostanjsek N, Sticki G, Ustün B, Cieza A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *EU J Phys Rehabil Med.* 2015 Feb; 51 (1): 105-17

Базові набори МКФ — добірка категорій з усією класифікацією для конкретних станів здоров'я, груп станів і налаштувань. Вони були розроблені, щоб систематично та вичерпно описувати функціонування, які використовують у різних умовах для досягнення різних цілей, охоплюючи клінічну практику та дослідження.

Базовий набір МКФ може слугувати мінімальним стандартом для оцінки і документування функціонування та здоров'я під час клінічних досліджень і всебічних клінічних зустрічей з одним або кількома професіоналами.

Існує три базові набори МКФ, які можуть використовувати за різних станів здоров'я:

- + Загальний набір-7 МКФ (Мінімальний набір МКФ)
- + Реабілітаційний набір МКФ (Загальний набір-30 МКФ)
- + Мінімальний набір факторів середовища

Creation of an ICF-based Documentation Form

Selection Process - Step 1

Please select one (or more) ICF Core Set(s)

To select more than one ICF Core Set mark the ICF Core Sets by holding the CTRL-button pressed.

ICF Generic-7 Set
Rehabilitation Set (ICF Generic-30 Set)
Minimal Set of Environmental Factors

MUSCULOSKELETAL ICF CORE SETS:
Musculoskeletal Acute Comprehensive
Musculoskeletal Acute Brief
Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive
Musculoskeletal Post-Acute Brief
Ankylosing Spondylitis Comprehensive
Ankylosing Spondylitis Brief
Chronic Widespread Pain Comprehensive
Chronic Widespread Pain Brief
Low Back Pain Comprehensive
Low Back Pain Brief
Manual Medicine - Low Back Pain Default
Manual Medicine - Low Back Pain Optional*
Osteoarthritis Comprehensive
Osteoarthritis Brief
Osteoporosis Comprehensive
Osteoporosis Brief
Rheumatoid Arthritis Comprehensive
Rheumatoid Arthritis Brief
Acute Inflammatory Arthritis Comprehensive
Acute Inflammatory Arthritis Brief

CARDIOPULMONARY ICF CORE SETS:
Cardiopulmonary Acute Comprehensive
Cardiopulmonary Acute Brief

Загальний набір-7 МКФ

Загальний набір МКФ складається із 7 категорій 2-го рівня з компонентів МКФ «Функції організму», а також «Активність та Участь». Їх було визначено статистично як загальноприйняті для різних станів здоров'я та контекстів. Як можна помітити, цей набір не містить категорій з компонента «Структури організму».

Загальний набір-7 МКФ можна використовувати для дуже короткого опису функціонування. Через його загальне застосування наполегливо рекомендують зазначати категорії МКФ із Загального набору-7 МКФ щоразу, коли використовують Базовий набір МКФ, Короткий чи Розширений.

Це забезпечить широке застосування даних, зібраних у клінічних умовах, для цілей оцінки та інших цілей, зокрема для статистики охорони здоров'я, планування медичних послуг і дослідження.

Загальний набір МКФ має важливе значення для статистики охорони здоров'я та громадського здоров'я. Його можна використовувати для порівняння стану здоров'я в різних умовах, контекстах, країнах і групах населення. При цьому використовують лише невелику кількість категорій МКФ, які є ключовими показниками здоров'я та функціонування.

Загальний набір-7 МКФ також цінний для клінічного використання. Він відображає саму суть функціонування, що дає змогу будь-якому фахівцю зі сфери охорони здоров'я або пов'язаної зі здоров'ям з першого погляду зрозуміти рівень функціонування пацієнта. А найважливіше те, що загальний набір МКФ забезпечує порівняння різних станів здоров'я.

Спільні критерії, застосовні:

- + В різних регіонах світу
- + Для різних станів здоров'я
- + На різних етапах надання допомоги впродовж життя



Реабілітаційний набір МКФ

Загальний набір-7 МКФ входить до більшого набору під назвою Реабілітаційний набір МКФ. Реабілітаційний набір містить 30 категорій, тобто 7 категорій Загального набору МКФ, що виділені червоним кольором, а також 23 категорії, які були визнані актуальними винятково для клінічної популяції. Категорії Реабілітаційного набору МКФ слід регулярно застосовувати для звітності на основі МКФ у клінічних умовах.

b130 Функції енергії та спонукання до дії
b134 Функції сну
b152 Емоційні функції
b280 Сприйняття болю
b455 Функції толерантності до фізичного навантаження
b620 Функції сечовипуску
b640 Сексуальні функції
b710 Функції рухливості суглобів
b730 Функції м'язової сили
d230 Виконання щоденного розпорядку
d240 Поводження зі стресом та іншими психологічними вимогами
d410 Змінення основного положення тіла
d415 Утримання положення тіла
d420 Перенесення себе
d450 Ходьба
d455 Переміщення довкола
d465 Переміщення за допомогою обладнання
d470 Використання транспорту
d510 Миття
d520 Догляд за частинами тіла
d530 Користування туалетом
d540 Користування одягом і взуттям
d550 Вживання їжі
d570 Піклування про власне здоров'я
d640 Виконання домашньої роботи
d660 Допомога іншим
d710 Базові міжособистісні взаємодії
d770 Інтимні стосунки
d850 Трудові відносини (інший вид зайнятості)
d920 Відпочинок і дозвілля



Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, et al. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. BMC Public Health 2014;14:218

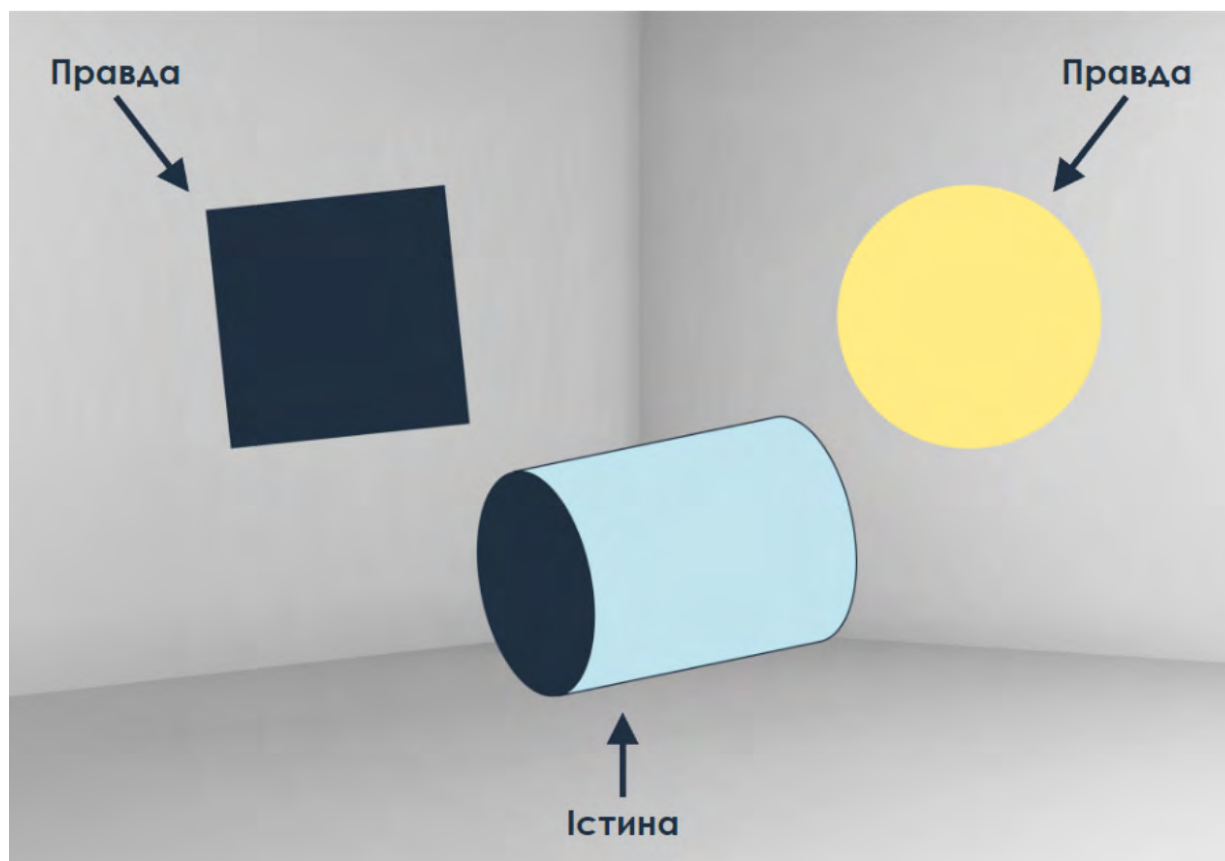
Prodinger B, Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, TB Üstün, Chatterji S, Stucki G: Toward the ICF Rehabilitation Set: A minimal generic set of domains for rehabilitation as a health strategy. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2016; 97(6): 875-884

Підбиваючи підсумки, варто запам'ятати, що Загальний набір-7 МКФ (або Мінімальний набір-7 МКФ) — це мінімальний набір категорій для документування функціонування, тоді як Реабілітаційний набір МКФ (або Загальний набір-30 МКФ) використовують для документування функціонування осіб із різними станами здоров'я в клінічному середовищі.

Базові набори МКФ можуть сприяти міждисциплінарній комунікації та застосуванню МКФ у клінічних умовах. Вони є відправним пунктом для оцінювання функціонування пацієнтів із конкретними станами здоров'я. Вибір базового набору МКФ (Розширеного, Скороченого або Мінімального) має відповідати меті.

Є базові набори МКФ для конкретних станів здоров'я, а також для груп станів здоров'я, для різних контекстів надання допомоги у сфері охорони здоров'я та контекстів, пов'язаних із охороною здоров'я.

«Спільна мова» для опису функціонування



Базові набори МКФ, розроблені під егідою науково-дослідного відділу МКФ

 [Доступні за посиланням](#)

У наступних розділах дізнаємося про можливості використання Базових наборів МКФ у практичній діяльності.

6.2. ВИБІР ТА ЗАСТОСУВАННЯ БАЗОВИХ НАБОРІВ МКФ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Продовжуємо розглядати принципи вибору та можливість застосування Базових наборів МКФ у клінічній практиці.

МКФ містить більше як 1400 категорій, що дає можливість доволі детально описати здоров'я та питання, пов'язані зі здоров'ям, але це ускладнює її використання в повсякденній клінічній практиці. Комплексність є головною перевагою та сильною стороною МКФ, однак це також є бар'єром для її практичного застосування.

Вибір Базових наборів МКФ

Базові набори є одним з інструментів, створених на основі МКФ, який адаптовано до потреб користувачів. Створення таких наборів є одним із підходів для поширення застосування класифікації.

Базові набори МКФ можуть бути обрані відповідно до конкретного стану здоров'я, періоду надання допомоги та ситуації.

Вибір Базових наборів МКФ

Вибір Базового набору МКФ має відповідати меті застосування. Якщо необхідні комплексний мультидисциплінарний опис та оцінювання функціонування, то використовують розширені комплексні базові набори МКФ. Натомість скорочені обирають, коли достатньо стисло оцінити та описати функціонування. Також скорочені набори використовують під час клінічних та епідеміологічних досліджень, звітності про обмеження життєдіяльності, інших змін функціонування та демографічних досліджень.

Базові набори МКФ визначають, ЩО вимірювати, а не ЯК вимірювати. Вони допомагають фахівцям з реабілітації попередньо обрати інструменти реабілітаційного оцінювання та реабілітаційні втручання.

Сфера охорони здоров'я

- + Етап надання допомоги, коли необхідні комплексне мультидисциплінарне оцінювання та опис функціонування

Відповідає меті

- + Етап надання допомоги, для якого достатньо стисло оцінити та описати функціонування
- + Клінічні та епідеміологічні дослідження
- + Звітність про обмеження життєдіяльності та інші змінні функціонування, демографічні дослідження

Відповідно до періоду надання допомоги:

- + гострі
- + післягострі

Відповідно до станів здоров'я виділяють:

- + загальні
- + м'язово-скелетні
- + кардіопульмонарні
- + неврологічні
- + набори для різних станів здоров'я

За обсягом:

- + комплексні
- + скорочені
- + довготривалі

Комплексний базовий набір МКФ для конкретного стану здоров'я або етапу допомоги чи ситуації

Скорочений базовий набір МКФ для конкретного стану здоров'я або етапу допомоги чи ситуації

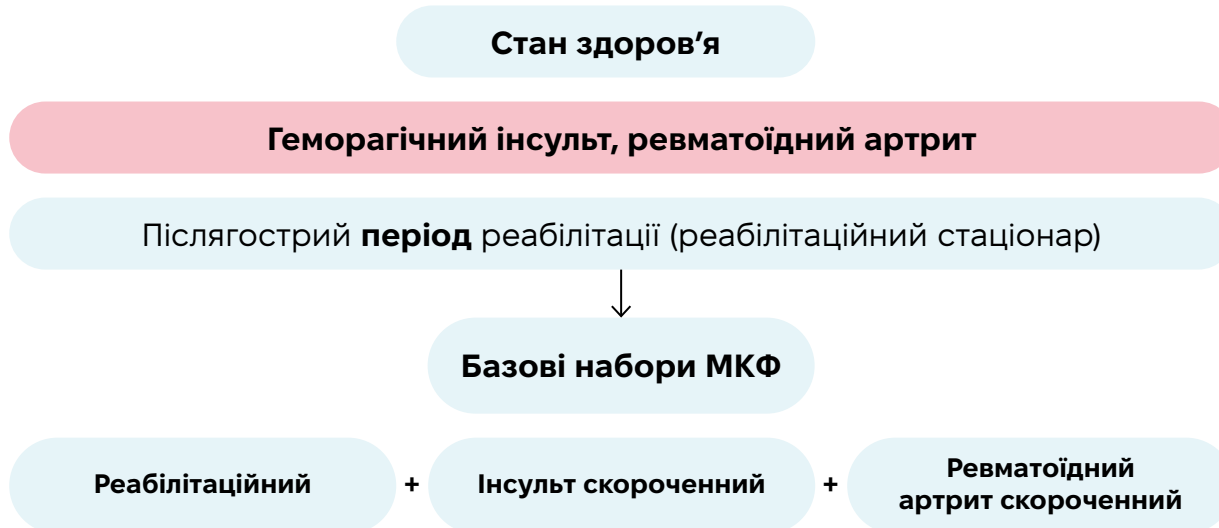
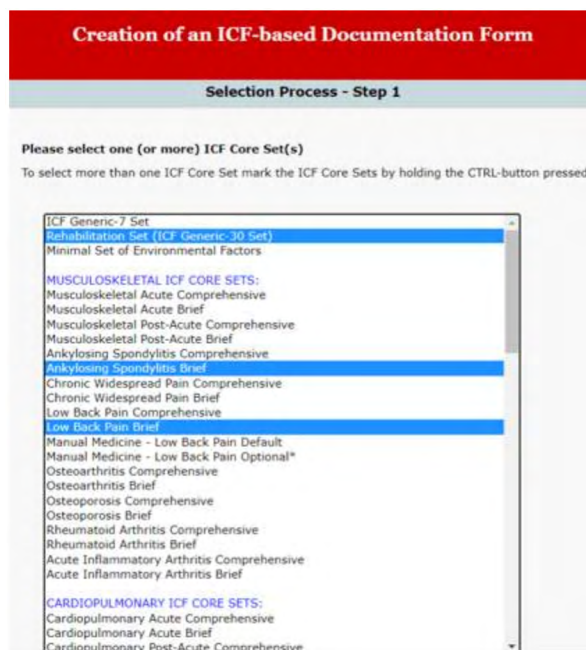
Поєднання Базових наборів МКФ

Базові набори МКФ можна використувати окремо або в поєднанні з іншими наборами. Таке рішення ухвалюють залежно від потреб оцінювання та опису функціонування конкретної людини.

Загальні мінімальні набори, 7 і 30, можна комбінувати з Мінімальним набором факторів середовища та іншими наборами для різних станів здоров'я.

Приклад

Для пацієнта з геморагічним інсультом та супутнім ревматоїдним артритом, який отримує допомогу в реабілітаційному стаціонарі, вибір базових наборів МКФ буде таким.



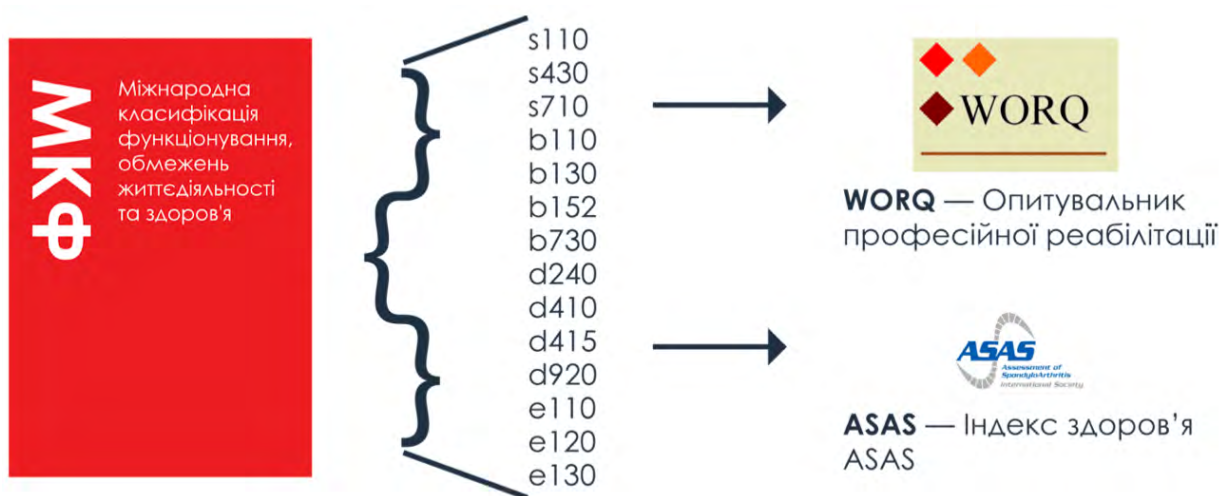
Для загального опису у клінічних умовах використовуємо Реабілітаційний набір. А для того, щоб описати порушення функціонування відповідно до станів здоров'я у цього пацієнта, використовуємо Базові набори МКФ Інсульт скорочений та Ревматоїдний артрит скорочений.

Якщо потрібно ширше описати функціонування особи, можна звернутись до розширених наборів.

Інструменти, розроблені на основі МКФ

Також існує два інструменти, створених на основі базових наборів МКФ.

Перший — це **WORQ**. Він являє собою опитувальник професійної реабілітації. Другий — Індекс здоров'я Міжнародного товариства з оцінки спондилоартриту.



Selb M., 2018

WORQ

Work Rehabilitation Questionnaire (Опитувальник професійної реабілітації) — це опитувальник пацієнта для оцінки роботи в умовах професійної реабілітації за допомогою Базового набору МКФ для професійної реабілітації. Цей опитувальник розроблений для найкращого розуміння того, наскільки виражені порушення функціонування можуть виникнути в людини, яка у зв'язку зі станом здоров'я отримує послуги професійної реабілітації.



Date _____
Month Day Year

Full Name _____
ID Number (if applicable) _____

ASAS Health Index



ASAS Health Index

Datum: _____

Naam: _____

Beantwoord aub elk van de onderstaande uitspraken door het antwoord te markeren dat **op dit ogenblik** het best bij u past wanneer u denkt aan uw reumatische ziekte (elke vorm van spondyloarthritis, zoals de ziekte van Bechterew)

1. Pijn verstoort soms mijn dagelijkse activiteiten.
 Mee eens
 Mee oneens
2. Ik heb moeite met lang staan.
 Mee eens
 Mee oneens
3. Ik heb moeite met hardlopen (rennen).
 Mee eens
 Mee oneens
4. Ik heb moeite met het gebruiken van een toilet.
 Mee eens
 Mee oneens
5. Ik ben vaak uitgeput.
 Mee eens

Індекс здоров'я ASAS є одним з інструментів оцінки стану здоров'я осіб зі спондилоартритом.

Індекс розроблений на основі МКФ у 2010 році і складається із 17-ти запитань. Вони допомагають оцінити такі категорії, як біль, емоційну сферу, сон, сексуальні функції, мобільність, самообслуговування, участь у суспільному житті та працездатність. До опитувальника є додаток, який містить 9 запитань, що дають змогу визначити вплив факторів середовища на стан здоров'я. Цей індекс перекладений 23 мовами, зокрема і українською.

Отже, базові набори МКФ сприяють застосуванню МКФ у клінічних умовах. Вони є відправним пунктом для огляду пацієнтів із конкретними станами здоров'я, а також спільною мовою для комунікації фахівців з реабілітації.

Вибір базового набору МКФ, розширеного, скороченого або мінімального, має відповідати меті.

Базові набори МКФ, розроблені під егідою науково-дослідного відділу МКФ



Доступні за посиланням

6.3. ДОСВІД УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ

Мене звати Марія Торопчина. Я лікарка ФРМ дитячого відділення реабілітації НДСЛ «Охматдит» і також координаторка україно-норвезького проєкту в галузі розвитку реабілітації.

Відділення почало працювати у 2018 році. Ми фокусувалися на активній реабілітації, створили мультидисциплінарну команду.

І з тим, як ми почали працювати в мультидисциплінарній команді, після відвідування Норвезького центру СУНОС в Осло, ми почали впроваджувати біопсихосоціальну модель МКФ і працювати за цією моделлю.

Згодом, у 2019 році, були національні тренінги з міжнародної класифікації функціонування.

Оскільки наші фахівці брали активну участь у цих тренінгах, ми вирішили впровадити вже міжнародну класифікацію функціонування не тільки на етапі теоретичного підґрунтя, а також і в практичній діяльності відділення.

Це була дуже велика зміна, коли МОЗ України зробило національні тренінги з упровадження Міжнародної класифікації функціонування, запросило фахівців. І ще в нас після національних тренінгів були регіональні. Один з регіональних тренінгів ми якраз проводили на базі «Охматдиту». Всі фахівці й не тільки реабілітаційного відділення брали участь у цих тренінгах. Після цього ми зробили таке впровадження, зробили в індивідуальних планах категорійний профіль МКФ.

Після того, як ми почали застосовувати МКФ, нам стало легше комунікувати з іншими лікарями, лікарями профільних відділень, тому що коли ми почали, дуже складно було пояснити, що таке фізична терапія, що таке ерготерапія (особливо ерготерапія).

І коли ми приходили вже з нашими картами, з індивідуальними планами, або робили записи та показували саме категорійний профіль — а він у нас був такий, що можна було подивитися на категорії, функції, діяльність та участь і динаміку пацієнта, то лікарі профільних відділень стали краще розуміти процес реабілітації, процес надання допомоги і бачили результати нашої праці.

А ще змінилося те, що ми почали більше працювати з родиною. Тобто оскільки МКФ виставляє цілі, так одна з частин є цілеорієнтований підхід, то ми разом з пацієнтами та родиною ставили спільні цілі реабілітаційного процесу. Спочатку було дуже багато запитань, як і від профільних відділень, так і від лікарів, які дуже багато років працювали з пасивними методами реабілітації. Спочатку вони не розуміли, навіщо змінюватися. Як завжди, спочатку все сприймається трохи вороже, але з часом, коли люди розуміють, що це корисно для нашого пацієнта, вони підлаштовуються, змінюються і починають співпрацювати.

Найбільша складність, на мою думку, що ти дуже багато років звик працювати з певними пасивними методами реабілітації. І це зрозуміло, що багато років вони не змінювались. І дуже багато було освітніх програм, які враховували ці пасивні методи реабілітації, а не активні.

І коли з'явився акцент на фізичній терапії й ерготерапії, звісно, як щось нове, — воно було дуже незрозуміло. Але з часом, мені здається, що зараз дуже багато установ в Україні вже відмовились зовсім від пасивних методів реабілітації.

Модель МКФ дуже універсальна. Міжнародна класифікація функціонування застосовується для всіх, незалежно від статі та віку пацієнта, але ми в дитячій практиці використовуємо міжнародну класифікацію «Діти та підлітки». МКФ-ДП — це похідна від універсальної моделі міжнародної класифікації функціонування.

Міжнародна класифікація хвороб — це класифікація, якою користуються всі лікарі. Вона також універсальна, але вона говорить нам тільки про стан здоров'я пацієнта.

Для реабілітаційної команди цього недостатньо. Саме для фахівців, які працюють у реабілітації, необхідно використовувати міжнародну класифікацію функціонування. Один діагноз за МКХ, але зовсім інший діагноз за міжнародною класифікацією функціонування.

Головне розуміти, що у різних людей різні цілі — це суть реабілітаційного процесу і надання реабілітаційної допомоги. Найголовніше, що

ми повинні знати, — пережитий досвід пацієнта, його цілі, його запити, і на цьому формувати весь процес реабілітації, а не просто знати його діагноз.

Ми все одно використовуємо МКХ, але це перший етап. Пацієнт — це не тільки діагноз, це його думки, його цілі, його запити, його певні бар'єри для того, щоб рухатись до своєї цілі, та його фасилітатори.

Ми почали працювати у 2018 році. І вже сформували активну мультидисциплінарну команду. Наші фахівці: фізичні терапевти, ерготерапевти, лікарі, — вони всі були підготовлені до того, що ми будемо працювати в активній реабілітації, тому нам на початку не було дуже складно впроваджувати МКФ, бо всі розуміли, що це універсальна мова для всіх. Ми краще розуміли один одного, коли ми почали використовувати категорійний профіль і взагалі користуватися навіть біопсихосоціальною моделлю МКФ. Спочатку дійсно не було такої уніфікованої форми і не було якихось вказівок, як саме її використовувати, тому в нас пішов деякий час на те, щоб зрозуміти, як саме нам переробити документацію, як саме нам зробити карти для пацієнтів.

Ми досі працюємо над документацією, і ми намагаємося зробити всі наші плани, індивідуальні плани, ліпшими для того, щоб і пацієнти, і профільні лікарі з інших відділень, і ми самі, команда, розуміли одне одного краще. Також ми кожного разу намагаємось зробити щось нове для пацієнта, щоб йому було зручніше. Ми намагаємось зробити підхід більш пацієнтоорієнтованим.

Позаяк в нас діти, то ми намагаємось, наприклад, робити різні схеми втручання, згідно МКФ і схеми командної роботи. Тобто у кожного пацієнта в палаті, наприклад, є такі ромашки, квіточки, де ми розписуємо, хто саме відповідальний за роботу з ним. Наприклад, фізичний терапевт відповідальний за такі функції, ерготерапевт — за інші. І ми намагаємось зробити схеми, де показуємо, що діяльність та участь — це найголовніше, і показати це не тільки лікарям, але й батькам, показати, що насправді все можливо, і просто треба розуміти, співпрацювати з командою, робити спільні цілі разом і рухатися до них.

Мені здається, що в нашій країні вже дуже багато реабілітаційних команд працює за МКФ. Після національних тренінгів з упровадження МКФ багато фізичних терапевтів, ерготерапевтів і лікарів почали впроваджувати міжнародну класифікацію функціонування у практику, тому

ми дуже швидко перейдемо, впровадимо і будемо кодувати за цією класифікацією, використовувати її на 100%.

Міжнародна класифікація функціонування дійсно змінила наш підхід і взагалі розуміння реабілітації з пасивних методів на активні методи втручання. Міжнародна класифікація функціонування — це дійсно неймовірно корисний інструмент, який допоможе всім українським реабілітаційним установам надавати якісну послугу своїм пацієнтам, а також розуміти, що найголовніше — незалежна самостійна людина, незалежний самостійний пацієнт, який після лікувальної установи повернеться до свого життя. І найголовніше, щоб він був соціально активним. Найголовніше, щоб ця людина була діяльна. Я розумію, що саме ця класифікація допоможе нам рухатися у цьому напрямку.

6.4. ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО ІНСТРУМЕНТУ ЕЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТУВАННЯ НА ОСНОВІ МКФ

З цієї лекції дізнаємося про можливості використання інтерактивного електронного інструменту документування функціонування за допомогою Базових наборів МКФ.

Як відомо, Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я ВООЗ є основою у сучасних поглядах на функціонування. Щоб зробити МКФ зручнішою для повсякденного використання у клінічній практиці, ВООЗ і Науково-дослідна гілка МКФ започаткували процес розробки базових наборів категорій МКФ. Їх розробляють на основі наукових досліджень, під час яких визначають перелік категорій для конкретних станів здоров'я.

Окрім базових наборів, науково-дослідна гілка МКФ сформулювала єдиний підхід до їхнього застосування. Про нього ми сьогодні і поговоримо.

Інструмент інтерактивного електронного документування розробили, щоб забезпечити технічний онлайн-супровід посібника



Доступний за посиланням

Цей інструмент доступний кількома мовами: англійською, іспанською, німецькою, французькою, китайською та фінською.

Перейдемо до інструкції користування ресурсом. Для цього знадобиться доступ до мережі Інтернет та комп'ютер.

ICF-based Documentation Tool

ICF CORE SETS IN CLINICAL PRACTICE

Welcome to the interactive electronic ICF-based Documentation Tool !

The World Health Organization's (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a common framework to understand and describe functioning and disability. To make the ICF more applicable for everyday use, WHO and the ICF Research Branch (www.icf-research-branch.org) created a process for developing core sets of ICF categories or "ICF Core Sets". ICF Core Sets facilitate the description of functioning, for example in clinical practice, by providing lists of essential categories that are relevant for specific health conditions and health care contexts. These ICF categories were selected from the entire ICF

following a scientific process based on preparatory studies and the involvement of a multidisciplinary group of experts.

To facilitate the use of ICF Core Sets, a manual outlining one approach for using them in clinical practice is available (see below). This interactive electronic documentation tool www.icf-core-sets.org was developed to accompany this manual. This tool is available in English, Spanish, German, French, Mandarin Chinese and Finnish. Click the button "Go to the electronic ICF-based Documentation Tool" below to access the tool in all the language versions.

Go to the electronic ICF-based Documentation Tool

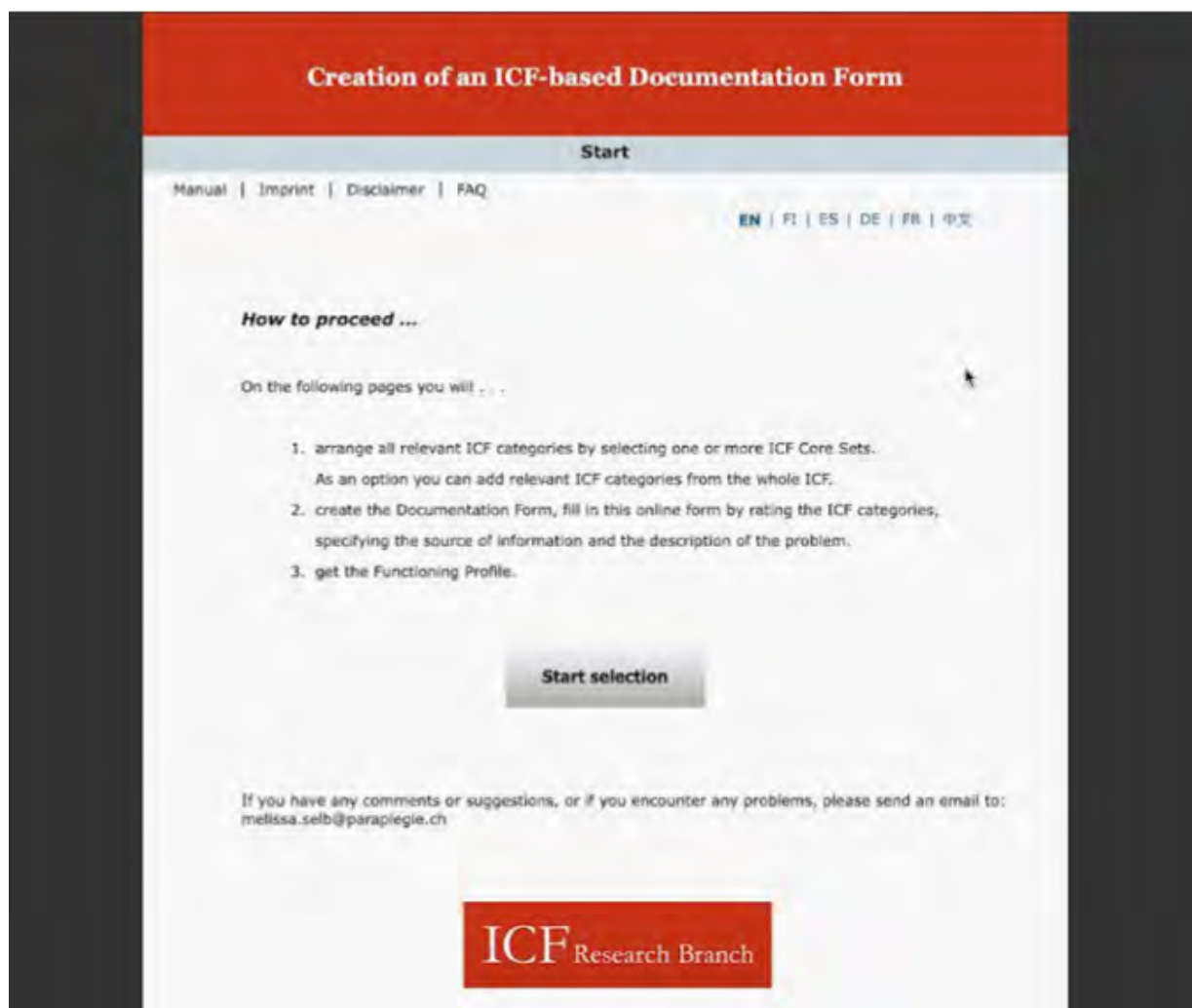
ICF CORE SETS
Manual for Clinical Practice
Bickenbach J, Cieza A, Selb M, Stucki G (eds)
Hogrefe, Göttingen 2020

After the publication of its 1st edition in 2012, the 2nd edition of the "ICF Core Sets – Manual for Clinical Practice" is now available. It includes:

- an introduction to the concepts of functioning and the biopsychosocial model of the ICF
- a description of the ICF Core Set development process

ICF Core Sets

Робота розпочинається з переходу за посиланням на веб-сайт. На домашній сторінці ресурсу розміщені інформація про використання Базових наборів МКФ у клінічній практиці та активна кнопка з написом «Перейдіть до Інструменту електронного документування на основі МКФ». Клікнувши на кнопку, ви переходите на сторінку, що містить інструкцію щодо послідовності дій.



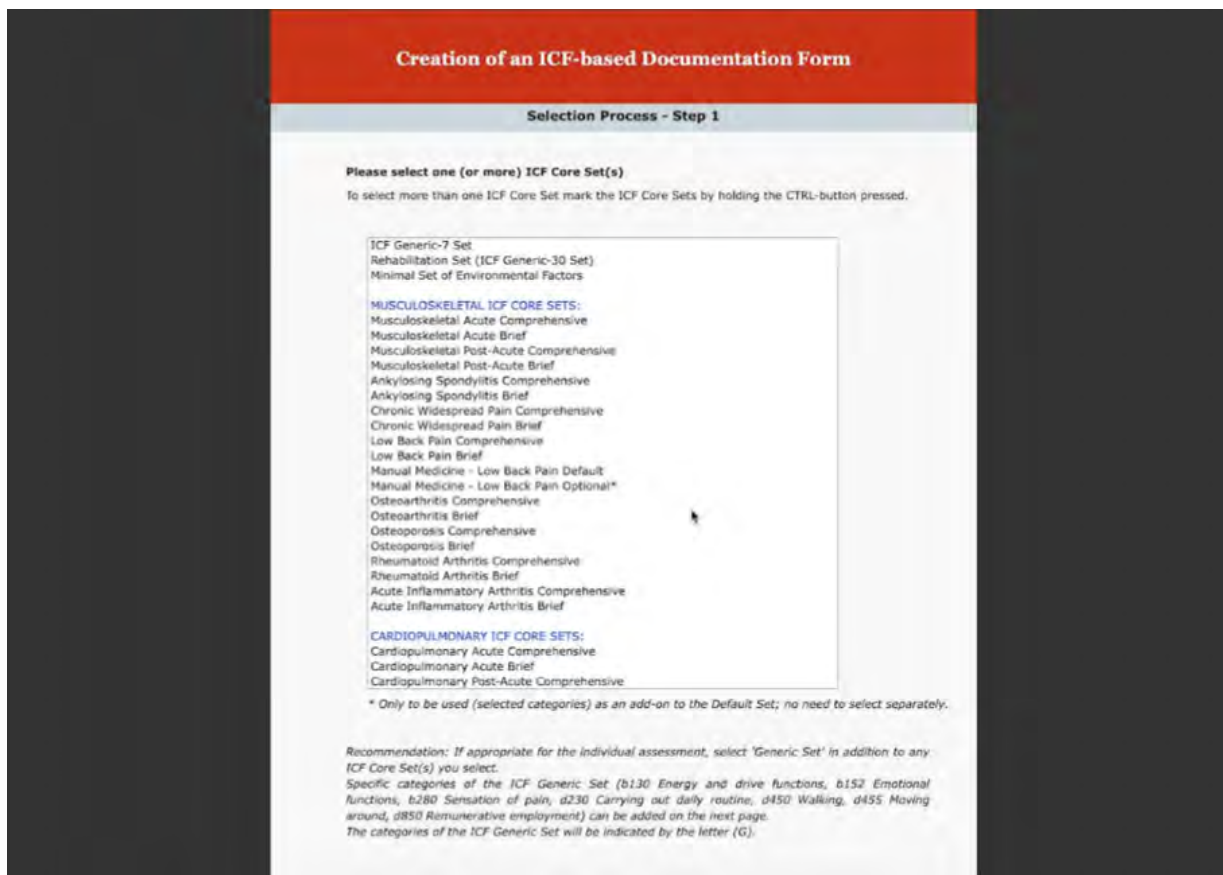
На наступних сторінках можна зробити таке:

- + впорядкувати всі відповідні категорії МКФ, вибравши один або кілька Базових наборів МКФ, також можна додати потрібні категорії з усього переліку МКФ
- + створити та заповнити онлайн-форму документування. Для цього оцініть категорії МКФ, вкажіть джерело інформації та опис проблеми.

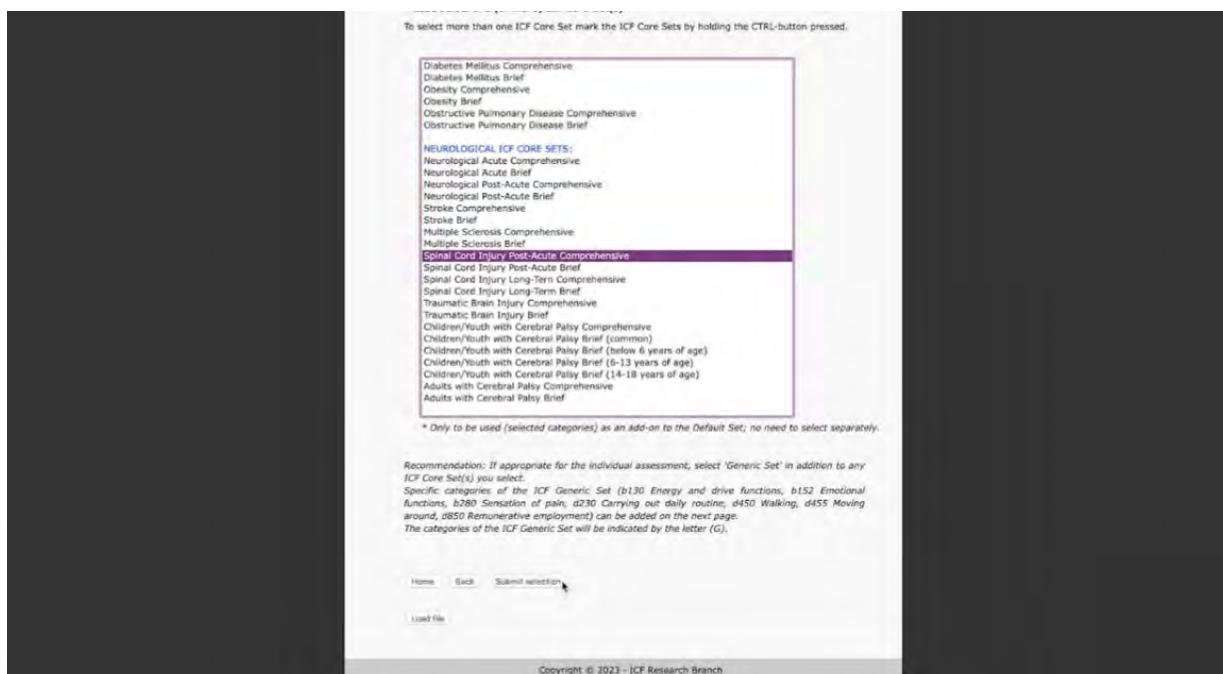
Після цих дій буде сформовано функціональний профіль.

Тепер переходимо до вибору Базового набору.

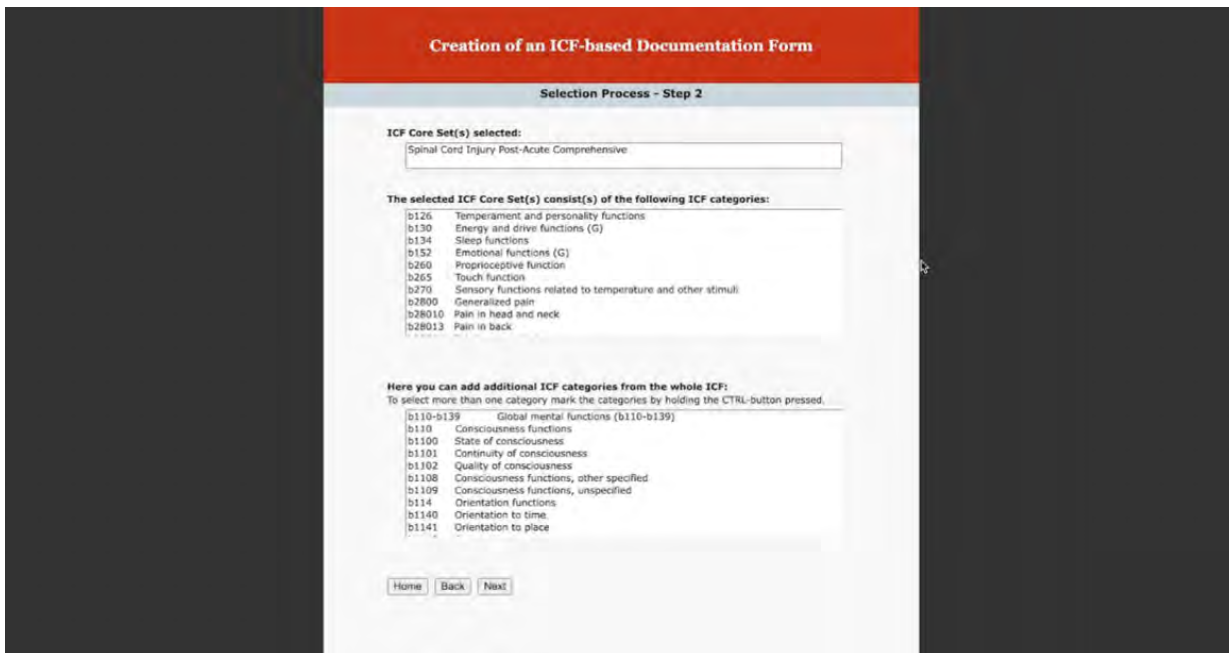
Для цього натискаємо на кнопку «Почати вибір» та переходимо на сторінку вибору Базових наборів МКФ. Тут міститься повний перелік. Обираємо один або більше базових наборів МКФ. Щоб вибрати більше як один, виділіть необхідні набори, утримуючи клавішу CTRL.



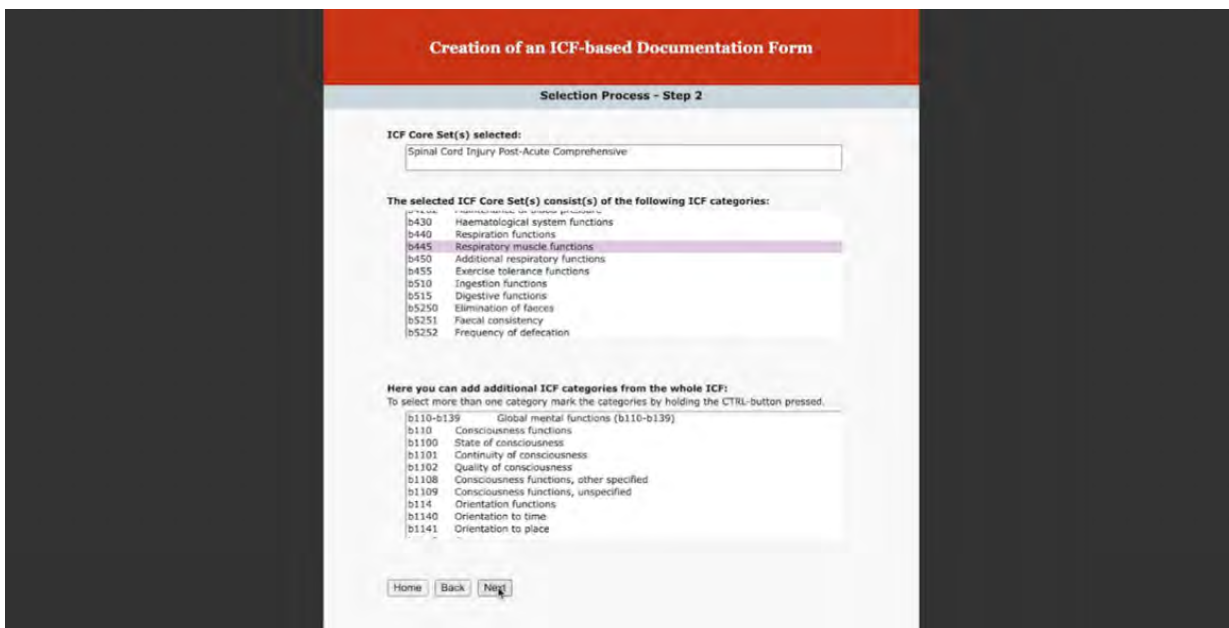
Для прикладу оберемо Реабілітаційний набір та Базовий набір МКФ «Травма спинного мозку післягострий розширений».



Натискаємо на клавішу «надіслати вибір» і переходимо на наступну сторінку, на якій відображаються обрані нами Базові набори МКФ та категорії, які до них входять.



Також у нас є можливість додати категорії з усієї МКФ, затиснувши клавішу CTRL. Для прикладу оберемо код b445 функції респіраторних м'язів.



Натискаємо клавішу «Далі», переходимо на наступну сторінку, де відображаються вибрані набори і категорії. Тепер можна створити форму документування, клікнувши на клавішу із відповідним написом. Як бачимо, відкривається сторінка, де відображається створена форма документування на основі МКФ.

ICF-based Documentation Form

Reminder: The categories of the Generic Set are indicated by the letter (G).

PATIENT INFORMATION										
BODY FUNCTIONS										
Physiological functions of body systems (including psychological functions)										
How much impairment does the person have in ...										
	No impairment	Mild impairment	Moderate impairment	Severe impairment	Complete impairment	Not specified	Not applicable			
	0	1	2	3	4	8	9			
b126	Temperament and personality functions							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>General mental functions of constitutional disposition of the individual to react in a particular way to situations, including the set of mental characteristics that makes the individual distinct from others.</p> <p>Inclusions: functions of extraversion, introversion, agreeableness, conscientiousness, psychic and emotional stability, and openness to experience; optimism; novelty seeking; confidence; trustworthiness</p> <p>Exclusions: intellectual functions (b117); energy and drive functions (b130); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152)</p> <p>Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation</p> <p>Description of the problem:</p>										
b130	Energy and drive functions (G)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>General mental functions of physiological and psychological mechanisms that cause the individual to move towards satisfying specific needs and general goals in a persistent manner.</p> <p>Inclusions: functions of energy level, motivation, appetite, craving (including craving for substances that can be abused) and impulse control</p> <p>Exclusions: consciousness functions (b110); temperament and personality functions (b126); sleep functions (b134); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152)</p> <p>Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation</p> <p>Description of the problem:</p>										
b134	Sleep functions							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Для прикладу закодуємо порушення функціонування людини з травмою спинного мозку з чудового французького фільму «1+1» («Недоторканні») режисерів Олів'є Накаша та Еріка Толедано.

Там головний герой Філіпп мав тетраплегію внаслідок травми спинного мозку, порушення мобільності, обмеження повсякденної активності (одягання, прийом та приготування їжі, вмивання, догляд за частинами тіла, туалет, хобі). Полегшувальними факторами в його випадку були ліки, медичні працівники, доглядачі, підтримка друзів, адаптація будинку, крісло колісне та інше допоміжне обладнання.

Спробуємо частково закодувати ситуацію щодо функціонування Філіппа.

Заповнюємо інформацію про пацієнта.

Закодуємо важкі порушення чутливості, порушення дефекації та сечовипускання, функції сили та тону м'язів, структур шийного відділу спинного мозку.

Знайдемо коди і встановимо кваліфікатори для абсолютних порушень зміни та утримання основних позицій тіла, хапання, маніпулювання, ходьби. Зазначимо виражені обмеження переміщення за допомогою обладнання, абсолютні обмеження можливості одягання, прийому їжі, вмивання, догляду за частинами тіла, туалету, виражені обмеження відпочинку та дозвілля. Для категорій активності та участі обираємо кваліфікатори для виконання та здатності, оцінивши конкретну ситуацію.

ICF-based Documentation Form

Reminder: The categories of the Generic Set are indicated by the letter (G).

PATIENT INFORMATION									
BODY FUNCTIONS Physiological functions of body systems (including psychological functions)		No impairment	Mild impairment	Major impairment	Severe impairment	Complete impairment	Not specified	Not applicable	
How much impairment does the person have in ...		0	1	2	3	4	8	9	
b126	Temperament and personality functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
General mental functions of constitutional disposition of the individual to react in a particular way to situations, including the set of mental characteristics that makes the individual distinct from others. Inclusions: functions of extraversion, introversion, agreeableness, conscientiousness, psychic and emotional stability, and openness to experience; optimism; novelty seeking; confidence; trustworthiness Exclusions: intellectual functions (b117); energy and drive functions (b130); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b130	Energy and drive functions (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
General mental functions of physiological and psychological mechanisms that cause the individual to move towards satisfying specific needs and general goals in a persistent manner. Inclusions: functions of energy level, motivation, appetite, craving (including craving for substances that can be abused) and impulse control Exclusions: consciousness functions (b110); temperament and personality functions (b126); sleep functions (b134); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b134	Sleep functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
abdominal muscles in doing so. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b5251	Faecal consistency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consistency of faeces such as hard, firm, soft or watery. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b5252	Frequency of defecation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions involved in the frequency of defecation. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b5253	Faecal continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions involved in voluntary control over the elimination function. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b5254	Flatulence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions involved in the expulsion of excessive amounts of air or gases from the intestines. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b530	Weight maintenance functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions of maintaining appropriate body weight, including weight gain during the developmental period. Inclusions: functions of maintenance of acceptable Body Mass Index (BMI); impairments such as underweight, cachexia, wasting, overweight, emaciation and such as in primary and secondary obesity Exclusions: assimilation functions (b520); general metabolic functions (b540); endocrine gland functions									

b260	Proprioceptive function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensory functions of sensing the relative position of body parts. Inclusions: functions of stathesis and kinesthesia Exclusions: vestibular functions (b235); sensations related to muscles and movement functions (b780) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b265	Touch function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensory functions of sensing surfaces and their texture or quality. Inclusions: functions of touching, feeling of touch; impairments such as numbness, anaesthesia, tingling, paraesthesia and hyperaesthesia Exclusions: sensory functions related to temperature and other stimuli (b270) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b270	Sensory functions related to temperature and other stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensory functions of sensing temperature, vibration, pressure and noxious stimulus. Inclusions: functions of being sensitive to temperature, vibration, shaking or oscillation, superficial pressure, deep pressure, burning sensation or a noxious stimulus Exclusions: touch functions (b265); sensation of pain (b280) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b2800	Generalized pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure felt all over, or throughout the body. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b28010	Pain in head and neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure felt in the head and neck.									
b550	Thermoregulatory functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions of the regulation of body temperature. Inclusions: functions of maintenance of body temperature; impairments such as hypothermia, hyperthermia Exclusions: general metabolic functions (b540); endocrine gland functions (b555) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b610	Urinary excretory functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions of filtration and collection of the urine. Inclusions: functions of urinary filtration, collection of urine; impairments such as in renal insufficiency, anuria, oliguria, hydronephrosis, hypotonic urinary bladder and ureteric obstruction Exclusion: urination functions (b620) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b6200	Urination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions of voiding the urinary bladder. Inclusions: impairments such as in urine retention Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b6201	Frequency of urination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions involved in the number of times urination occurs. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
b6202	Urinary continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Functions of control over urination. Inclusions: impairments such as in stress, urge, reflex, continuous and mixed incontinence Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									

	small joints of hands and feet; mobility of joints generalized; impairments such as in hypermobility of joints, frozen joints, frozen shoulder, arthritis Exclusions: stability of joint functions (b715); control of voluntary movement functions (b760) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b715	Stability of joint functions		0	1	2	3	4	8	9
	Functions of the maintenance of structural integrity of the joints. Inclusions: functions of the stability of a single joint, several joints, and joints generalized; impairments such as in unstable shoulder joint, dislocation of a joint, dislocation of shoulder and hip Exclusion: mobility of joint functions (b710) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b730	Power of isolated muscles and muscle groups		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to the force generated by the contraction of specific and isolated muscles and muscle groups. Inclusion: impairments such as weakness of small muscles of feet or hands Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b7302	Power of muscles of one side of the body		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to the force generated by the contraction of the muscles and muscle groups found on the left or right side of the body. Inclusions: impairments such as hemiparesis and hemiplegia Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b7303	Power of muscles in lower half of the body		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to the force generated by the contraction of the muscles and muscle groups found in the lower half of the body. Inclusions: impairments such as paraparesis and paraplegia Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								

	Functions related to the tension present in the resting muscles and muscle groups in the lower half of the body and the resistance offered when trying to move those muscles passively. Inclusions: impairments associated with paraparesis and paraplegia Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b7354	Tone of muscles of all limbs		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to the tension present in the resting muscles and muscle groups in all four limbs and the resistance offered when trying to move those muscles passively. Inclusions: impairments associated with tetraparesis and tetraplegia Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b7355	Tone of muscles of trunk		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to the tension present in the resting muscles and muscle groups of the trunk and the resistance offered when trying to move those muscles passively. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b740	Muscle endurance functions		0	1	2	3	4	8	9
	Functions related to sustaining muscle contraction for the required period of time. Inclusions: functions associated with sustaining muscle contraction for isolated muscles and muscle groups, and all muscles of the body; impairments such as in myasthenia gravis Exclusions: exercise tolerance functions (b455); muscle power functions (b730); muscle tone functions (b735) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
b750	Motor reflex functions		0	1	2	3	4	8	9
	Functions of involuntary contraction of muscles automatically induced by specific stimuli. Inclusions: functions of stretch motor reflex, automatic focal joint reflex, reflexes generated by noxious stimuli and other exteroceptive stimuli, withdrawal reflex, biceps reflex, radius reflex, quadriceps reflex, patellar reflex, ankle reflex Sources of information:								

d4106	Shifting the body's centre of gravity	P							
	Adjusting or moving the weight of the body from one position to another while sitting, standing or lying, such as moving from one foot to another while standing. Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							
d4153	Maintaining a sitting position	P							
	Staying in a seated position, on a seat or the floor, for some time as required, such as when sitting at a desk or table. Inclusions: staying in a sitting position with straight legs or cross-legged, with feet supported or unsupported Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							

	Sensations related to the skin such as itching, burning sensation and tingling. Inclusions: impairments such as pins and needles sensation and crawling sensation Exclusion: sensation of pain (b290) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:									
BODY STRUCTURES										
Anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components										
			No impairment	Mild impairment	Moderate impairment	Severe impairment	Complete impairment	Not specified	Not applicable	
How much impairment does the person have in ...										
s12000	Cervical spinal cord	Extent	0	1	2	3	4	8	9	
			Nature*							
			Location**							
s12001	Thoracic spinal cord	Extent	0	1	2	3	4	8	9	
			Nature*							
			Location**							
s12002	Lumbosacral spinal cord	Extent	0	1	2	3	4	8	9	
			Nature*							
			Location**							

	Carrying out simple or complex and coordinated actions to manage and control the psychological demands required to carry out tasks demanding significant responsibilities and involving stress, distraction or crises, such as driving a vehicle during heavy traffic or taking care of many children. Inclusions: handling responsibilities; handling stress and crisis Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:								
d360	Using communication devices and techniques	P							
	Using devices, techniques and other means for the purposes of communicating, such as calling a friend on the telephone. Inclusions: using telecommunication devices, using writing machines and communication techniques Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							
d4100	Lying down	P							
	Getting into and out of a lying down position or changing body position from horizontal to any other position, such as standing up or sitting down. Inclusion: getting into a prone position Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							
d4103	Sitting	P							
	Getting into and out of a seated position and changing body position from sitting down to any other position, such as standing up or lying down. Inclusions: getting into a sitting position with bent legs or cross-legged; getting into a sitting position with feet supported or unsupported Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							

d4154	Maintaining a standing position	P							
	Staying in a standing position for some time as required, such as when standing in a queue. Inclusions: staying in a standing position on a slope, on slippery or hard surfaces Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							
d420	Transferring oneself	P							
	Moving from one surface to another, such as sliding along a bench or moving from a bed to a chair, without changing body position. Inclusion: transferring oneself while sitting or lying Exclusion: changing basic body position (d410) Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:	C							

<p>Performing coordinated actions aimed at moving an object by using the legs and feet, such as kicking a ball or pushing pedals on a bicycle. <small>Inclusions: pushing with lower extremities; kicking</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4400	Picking up	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Lifting or taking up a small object with hands and fingers, such as when picking up a pencil. <small>Inclusions: picking up a pencil</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4401	Grasping	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Using one or both hands to seize and hold something, such as when grasping a tool or a door knob. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4402	Manipulating	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Using fingers and hands to exert control over, direct or guide something, such as when handling coins or other small objects. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4403	Releasing	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Using fingers and hands to let go or set free something so that it falls or changes position, such as when dropping an item of clothing. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation</p>										

<p>other people's homes, other private buildings, community and private or public buildings and enclosed areas. <small>Inclusions: moving throughout all parts of buildings and enclosed areas, between floors, inside, outside and around buildings, both public and private</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4602	Moving around outside the home and other buildings	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Walking and moving around close to or far from one's home and other buildings, without the use of transportation, public or private, such as walking for short or long distances around a town or village. <small>Inclusions: walking or moving down streets in the neighbourhood, town, village or city; moving between cities and further distances, without using transportation</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d465	Moving around using equipment	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Moving the whole body from place to place, on any surface or space, by using specific devices designed to facilitate moving or create other ways of moving around, such as with skates, skis, or scuba equipment, or moving down the street in a wheelchair or a walker. <small>Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450); moving around (d455); using transportation (d470); driving (d475)</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d470	Using transportation	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Using transportation to move around as a passenger, such as being driven in a car or on a bus, rickshaw, jitney, animal-powered vehicle, or private or public taxi, bus, train, tram, subway, boat or aircraft. <small>Inclusions: using human-powered transportation; using private motorized or public transportation</small> <small>Exclusions: moving around using equipment (d465); driving (d475)</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation</p>										

<p>drying materials or methods, such as bathing, showering, washing hands and feet, face and hair, and drying with a towel. <small>Inclusions: washing body parts, the whole body; and drying oneself</small> <small>Exclusions: caring for body parts (d520); toileting (d530)</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d520	Caring for body parts	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Looking after those parts of the body, such as skin, face, teeth, scalp, nails and genitals, that require more than washing and drying. <small>Inclusions: caring for skin, teeth, hair, finger and toe nails</small> <small>Exclusions: washing oneself (d510); toileting (d530)</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										

<p>Using fingers, hands and arms to rotate, turn or bend an object, such as is required to use tools or utensils. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4455	Catching	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Using fingers, hands and arms to grasp a moving object in order to bring it to a stop and hold it, such as when catching a ball. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4500	Walking short distances	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Walking for less than a kilometre, such as walking around rooms or hallways, within a building or for short distances outside. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4501	Walking long distances	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Walking for more than a kilometre, such as across a village or town, between villages or across open areas. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d4502	Walking on different surfaces	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Walking on sloping, uneven, or moving surfaces, such as on grass, gravel or ice and snow, or</p>										

<p>Description of the problem:</p>										
d5302	Menstrual care	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Coordinating, planning and caring for menstruation, such as by anticipating menstruation and using sanitary towels and napkins. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d540	Dressing	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Carrying out the coordinated actions and tasks of putting on and taking off clothes and footwear in sequence and in keeping with climatic and social conditions, such as by putting on, adjusting and removing shirts, skirts, blouses, pants, undergarments, saris, kimono, tights, hats, gloves, coats, shoes, boots, sandals and slippers. <small>Inclusions: putting on or taking off clothes and footwear and choosing appropriate clothing</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d550	Eating	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Carrying out the coordinated tasks and actions of eating food that has been served, bringing it to the mouth and consuming it in culturally acceptable ways, cutting or breaking food into pieces, opening bottles and cans, using eating implements, having meals, feasting or dining. <small>Exclusion: drinking (d560)</small> Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d560	Drinking	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Taking hold of a drink, bringing it to the mouth, and consuming the drink in culturally acceptable ways, mixing, stirring and pouring liquids for drinking, opening bottles and cans, drinking through</p>										

d5300	Regulating urination	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Coordinating and managing urination, such as by indicating need, getting into the proper position, choosing and getting to an appropriate place for urination, manipulating clothing before and after urination, and cleaning oneself after urination. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d5301	Regulating defecation	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								
<p>Coordinating and managing defecation such as by indicating need, getting into the proper position, choosing and getting to an appropriate place for defecation, manipulating clothing before and after defecation, and cleaning oneself after defecation. Sources of information: <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Patient reported questionnaire <input type="checkbox"/> Clinical examination <input type="checkbox"/> Technical investigation Description of the problem:</p>										
d5302	Menstrual care	P	0	1	2	3	4	8	9	
		C								

Можемо зазначити джерело отримання інформації — історія хвороби, анкета пацієнта, клінічний огляд або технічне дослідження. Після завершення вибору кодів та кваліфікаторів натискаємо «Створити функціональний профіль». На сторінці, що відкрилася, бачимо профіль нашого пацієнта, який можна зберегти та роздрукувати. Для цього є відповідні кнопки.

Отже, онлайн-інструмент документування на основі Базових наборів МКФ спрощує використання класифікації.

У повсякденній практиці під час надання реабілітаційної допомоги він дає змогу зробити необхідний опис функціонування швидко та інформативно.

А попереду ще кілька лекцій про інструменти оцінювання у реабілітації.

6.5. ІНСТРУМЕНТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОЦІНЮВАННЯ. ВИМОГИ ДО ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНЮВАННЯ

Чи не найчастіші питання щодо МКФ стосуються процесу оцінювання. Як оцінювати пацієнта за категоріями МКФ? За допомогою яких інструментів? Як їх обирати? У цій лекції говоримо про вимоги до інструментів оцінювання.

Надійність

Існують загальні вимоги до інструментів оцінювання. Перша з них — надійність.

Надійність, або в англійській мові reliability, — це одна із головних психометричних властивостей будь-якої діагностичної методики. Вона відображає ступінь точності вимірів, які здійснюються за допомогою обраного тесту, а також сталість результатів тесту навіть під впливом сторонніх випадкових факторів, які не є об'єктами дослідження.

Надійність — це стійкість тесту, незалежність його результатів від впливу можливих випадкових факторів чи перешкод.

Мануальне м'язове тестування (ММТ)

Візьмемо всім відомий тест «Мануальне м'язове тестування» (ММТ).

Мануальне м'язове тестування використовують для оцінки м'язової сили та функції м'язів. Ніяких інших функцій це тестування не дає змоги оцінити.

Наприклад, цей тест має відмінну міжрейтерну надійність при оцінці пацієнтів з травмою спинного мозку та з міозитом, відмінну надійність при повторному тестуванні пацієнтів з остеоартритом, але цей тест не є точним для роботи з пацієнтами з нормальною силою.



Детальніше тут

Валідність

Ще однією вимогою до інструменту оцінювання є валідність.

Валідність — це поняття, яке показує, ЩО саме інструмент оцінювання вимірює і наскільки добре він це робить.

Питання про валідність методики — це питання про те, які висновки можна зробити на основі тестових оцінок та наскільки добре вони обґрунтовані.

Необхідно розуміти, що назва тесту не обов'язково вказує на те, що він вимірює. Вона тільки дає змогу розпізнати його серед інших.

Валідність за своєю суттю — це комплексна характеристика. З одного боку, вона містить відомості про те, чи придатна методика для вимірювання того, для чого вона була створена, з іншого боку, говорить про її дієвість, ефективність чи практичну корисність.

Автори тесту завжди вказують, наскільки тест є надійним та що він вимірює.

Шкала Ашворта

Наприклад, шкала Ашворта вимірює спастичність і є валідною для роботи з пацієнтами після інсульту, травми головного мозку, травми спинного мозку тощо.



Детальніше тут

Іноземні інструменти оцінювання

Слід зауважити, що всі іноземні інструменти оцінювання, а це більшість сучасних реабілітаційних інструментів оцінювання, мають бути не просто перекладені українською, а й мати адаптований переклад. Бажано також, щоб вони були валідизовані для застосування в Україні та опубліковані. Тож, обираючи інструмент оцінювання, за можливості обирайте вже адаптований та валідизований.

МКФ не є інструментом оцінювання ані структур чи функцій, ані активності, участі чи факторів середовища.

Кожен професіонал в реабілітації має власні професійні інструменти оцінювання, що відповідають його компетенціям. Наприклад, інструмент оцінювання для такої категорії, як хода, може обирати фізичний терапевт, але ніяк не психолог. А оцінювати функцію ковтання своїм інструментом може терапевт мови та мовлення, а не протезист-ортезист.

І тільки взявши все це до уваги, фахівець з реабілітації може обрати той інструмент оцінювання, який буде найліпшим для його клінічної діяльності та отримати необхідну інформацію про функціонування пацієнта.

На вибір інструмента оцінювання впливають кілька факторів:

- + стан та вік пацієнта;
- + період реабілітації;
- + досвід фахівця та володіння цим інструментом;
- + умови в яких він буде використовуватися;
- + наявність часу та обладнання.

6.6. ВІДПОВІДНІСТЬ ІНСТРУМЕНТУ ОЦІНЮВАННЯ КАТЕГОРІЯМ МКФ

Де взяти релевантний інструмент для оцінювання функціонування за тією чи іншою категорією МКФ? Це запитання — одне з найпоширеніших серед фахівців з реабілітації. Для початку повторимо вимоги до інструментів оцінювання, про які йшлося у попередній лекції.

За поточних умов актуальним питанням є перехресна відповідність змістовних понять МКФ до змістовних понять реабілітації.

Основне правило прив'язки до МКФ

Перш ніж пов'язувати змістовні поняття з категоріями МКФ, слід добре засвоїти засади МКФ, розділи і категорії, детальну класифікацію, зокрема й визначення.

Як підібрати інструмент оцінювання функціонування відповідно до категорії МКФ

Почнемо з того, що варто розуміти, що МКФ дає оперативні визначення категорій здоров'я та категорій, пов'язаних зі здоров'ям. Це відрізняє її від розмовного визначення, яке використовують непрофесіонали.

Дефініції МКФ визначають основні атрибути категорій (наприклад, якості, властивості та відносини), а ще вони містять інформацію про те, що включено та виключено до кожної категорії.

Наприклад

Візьмемо категорію з кодом b760. Вона означає Функції контролю довільного руху. Функції, пов'язані з контролем і координацією довільних рухів. До них включені: функції контролю простих довільних рухів і складних довільних рухів, координації довільних рухів, підтримуючи функції руки або ноги.

І не належать, тобто виключені: функції патерну ходи (b770); функції мимовільного руху (b765); функції м'язової сили (b730). В кодах у дужках зазначено, до яких категорій вони належать.

b760 Функції контролю довільного руху

Функції, пов'язані з контролем і координацією довільних рухів

Включено: функції контролю простих довільних рухів і складних довільних рухів, координації довільних рухів, координації довільних рухів, підтримуючих функцій руки або ноги

Винятки: функції патерну ходи (b770); функції мимовільного руху (b765); функції м'язової сили (b770)

Вимоги до інструментів оцінювання функціонування відповідно до категорій МКФ:

- + Надійність
- + Валідність
- + Наявність фахово перекладеного та адаптованого інструменту
- + Відповідність стану пацієнта, віку, періоду реабілітації, умовам використання
- + Відповідність професійним компетенціям

Тож, відкривши пояснення до змісту категорії у Національному класифікаторі, фахівець розуміє, про що йдеться, що до неї входить (на різних рівнях класифікації), а які властивості чи якості не входять і їх треба шукати в іншій категорії.

Ці дефініції також містять точки прив'язки для оцінювання, які використовуються найчастіше. Їх застосовують в оглядах та опитуванні або, як альтернатива, для результатів інструментів оцінки, що кодуються у термінах МКФ.

Наприклад, функції патерну ходи визначають з точки зору наявності таких відхилень, як асиметрична хода; геміплегічна хода; параплегічна хода; патерн жорсткої ходи; спастична хода; шкутильгання. Отже, функція патерну ходи може бути закодована як «відсутність» порушення, «легке», «помірне», «важке» або «абсолютне» порушення.

b770 Функції патерну ходи

Функції, патернів руху, пов'язані з ходінням, біганням або іншими рухами всього тіла

Включено: патерни бігу; асиметрична хода; геміплегічна хода; параплегічна хода; патерн жорсткої ходи; спастична хода, шкутильгання

XXX. 0	ВІДСУТНІ порушення	0-4%
XXX. 1	ЛЕГКІ порушення	5-24%
XXX. 2	ПОМІРНІ порушення	25-49%
XXX. 3	ВАЖКІ порушення	50-95%
XXX. 4	АБСОЛЮТНІ порушення	96-100%

Шляхи вибору інструментів оцінювання

Одним із завдань фахівця з реабілітації у практичній клінічній діяльності є вибір клінічного інструменту оцінювання функціонування для певної категорії МКФ. Як йому це зробити правильно? Фахівець має кілька шляхів.

Детально проаналізувати інформацію про інструмент оцінювання у першоджерелі чи в наявній базі даних.

Зараз у реабілітації застосовують безліч клінічних інструментів. Наприклад, не єдиною, але найповнішою базою таких інструментів вважають **ресурс Shirley Ryan AbilityLab**.

На цьому ресурсі розміщено **понад 500 повних описів клінічних інструментів оцінювання**. Крім власне інструменту оцінювання, що містить опис та методики проведення, ключ для аналізу результатів, там є і особливості застосування. Можна дізнатись про мету інструменту, сферу оцінювання, діагнози та стани, вік пацієнтів, до яких інструмент можна застосовувати, обов'язково побачимо його валідність та надійність, рекомендоване обладнання, можемо отримати уявлення про час, необхідний для оцінювання, та про домени, які оцінюють.



Наприклад, тест «Мануальне м'язове тестування» (MMT).

Бачимо, що він оцінює винятково силу м'язів. За необхідності можемо знайти інформацію про валідність та надійність для різних груп пацієнтів, вік пацієнтів, необхідний час тощо.

Manual Muscle Test

LAST UPDATED:
MAY 01, 2020

PURPOSE

MMT is a standardized set of assessments that measure muscle strength and function.

LINK TO INSTRUMENT

[INSTRUMENT DETAILS](#)

ACRONYM

MMT

AREA OF ASSESSMENT

Strength

INSTRUMENT REVIEWERS

Initially reviewed by Wendy Romney PT, DPT, NCS, Cara Weisbach, PT, DPT, and the SCI EDGE task force of the Neurology Section of the APTA in 7/2012.

Reviewed in 2020 by Ali Baumgarten OTS, Jumai Hariran OTS, Kaily Nagel OTS, & Kristina Nguyen OTS

BODY PART

Neck
Upper Extremity
Lower Extremity
Back

ICF DOMAIN

Body Structure
Body Function

MEASUREMENT DOMAIN

Motor

PROFESSIONAL ASSOCIATION RECOMMENDATION

Recommendations for use of the instrument from the Neurology Section of the American Physical Therapy Association's Multiple Sclerosis Taskforce (MSEGE), Parkinson's Taskforce (PD EDGE), Spinal Cord Injury Taskforce (SCI EDGE), Stroke Taskforce (StrokEDGE), Traumatic Brain Injury Taskforce (TBI EDGE), and Vestibular Taskforce (Vestibular EDGE) are listed below. These recommendations were developed by a panel of research and clinical experts using a modified Delphi process.

Коли фахівець розуміє, що стоїть за категорією МКФ, та має глибоке описання інструменту оцінювання, він може співвіднести інформацію та обрати найзручніший та найприйнятніший інструмент.

Інший шлях пошуку необхідного інструменту оцінювання — це звернення до клінічних рекомендацій.

Щоб знайти необхідний інструмент оцінювання, потрібно звернутися до клінічних рекомендацій. Як приклад представлені **Клінічні рекомендації з менеджменту у фізичній терапії при переломі стегна у літніх людей**. Так, у післяопераційному періоді рекомендують для оцінювання балансу та рівноваги виконувати тест «Встань та йди» з рівнем доказовості А.

HIP FRACTURE: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES						
TABLE 4	SUMMARY OF RECOMMENDATIONS AND LEVELS OF EVIDENCE FOR OUTCOME MEASURES*					
	Early Postoperative Period: Inpatient Settings		Postacute Period: Inpatient Settings		Postacute Period: Community Settings	
Domain	Must/Should	May	Must/Should	May	Must/Should	May
Body functions and structures – physical impairment measures						
Pain	VRS (A)		VRS (A)		VRS (A)	
Lower extremity strength/power	Knee extension (A)		Knee extension (A) Hip muscles (B)		Knee extension (A) Hip muscles (B)	
Activity limitations						
Basic mobility: balance, transfers, ambulation	CAS (A) TUG test (A) NMS: prefracture (B)	AM-PAC basic mobility form (C) SPPB (C)	CAS (A) TUG test (A) NMS (B)	AM-PAC basic mobility form (C) DEMMI (C) SPPB (C)	CAS (A) TUG test (A) NMS (B)	AM-PAC basic mobility form (C) DEMMI (C) SPPB (C)
Gait speed/endurance	Gait speed (A)		Gait speed (A) 6MWT (B)	5-times or 30-s sit-to-stand (B)	Gait speed (A) 6MWT (B)	5-times or 30-s sit-to-stand (B)
Physical function		SF-36 PF-10 (C) FIM (C)		SF-36 PF-10 (C) FIM (C)		SF-36 PF-10 (C)
Fear of falling/self-efficacy	FES-I (B)		FES-I (B)		FES-I (B)	
Health-related quality of life		EQ-5D-3L (C) SF-36 (C)		EQ-5D-3L (C) SF-36 (C)		EQ-5D-3L (C) SF-36 (C)

*Abbreviations: 6MWT, 6-minute walk test; AM-PAC, Activity Measure for Post-Acute Care; CAS, Cumulated Ambulation Score; DEMMI, de Morton Mobility Index; EQ-5D-3L, 3-level version of the EuroQol-5 dimensions scale; FES-I, Falls Efficacy Scale-International; FIM, Functional Independence Measure; NMS, New Mobility Score; PF-10, 10-item physical functioning scale; SF-36, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey; SPPB, Short Physical Performance Battery; TUG, timed up and go; VRS, verbal rating scale.
A, strong evidence; B, moderate evidence; C, weak evidence.

Physical Therapy Management of Older Adults With Hip Fracture Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy and the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(2):CPG1-CPG81. doi:10.2519/jospt.2021.0301

А от індекс мобільності Мортон є лише можливим до використання з тією ж метою, бо він має рівень доказовості С.

Фахівець має достатньо інформації, щоб зробити свій вибір інструменту оцінювання.

Як вже зазначалось у попередньому розділі, ВООЗ на основі МКФ було розроблено інструменти оцінювання функціонування.

Українською було перекладено, адаптовано та перевірено на надійність один із цих інструментів. Він перевірений на надійність та обґрунтованість. Йдеться про шкалу WHODAS 2.0. Це опитувальник із 36 питаннями. Він має шкалу, що оцінює функціонування за 6 доменами, які входять в активність та участь.

The screenshot shows the top navigation bar of the Shirley Ryan AbilityLab website. It includes a menu icon, a search bar, and buttons for 'PATIENT PORTAL' and 'PAY A BILL'. Below the navigation is the main title 'World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0' in large, bold black font. To the right of the title are social media share icons for Facebook, Twitter, LinkedIn, and Email. Below the title, it says 'LAST UPDATED APRIL 16, 2018'. The main content area is divided into sections: 'PURPOSE' with a description of the instrument, 'LINK TO INSTRUMENT' with a button for 'INSTRUMENT DETAILS', 'ACRONYM' with the text 'WHODAS 2.0', and 'AREA OF ASSESSMENT' with a list of six domains: Cognition, Functional Mobility, Life Participation, Activities of Daily Living, and Social Relationships.

Детальніше про шкалу WHODAS 2.0 далі розповість фізична терапевтка, професорка Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського Катерина Тимрук-Скоропад. Саме вона є тією експерткою, яка разом із колегами провела крос-культурне адаптування цього інструменту, зробила адаптований переклад українською і валідизувала до застосування в Україні.

6.7. WHODAS 2.0. МКФ В УКРАЇНІ

Мене звати Катерина Тимрук-Скоропад, я є докторкою наук за спеціальністю «Фізична реабілітація», професоркою кафедри фізичної терапії та ерготерапії, гаранткою освітньої програми підготовки докторів філософії за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського. Також є членом правління ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів»



Ще у 2017-18 роках, аналізуючи шляхи імплементації МКФ у клінічну практику, було зрозуміло, що працювати з 1400 категоріями МКФ фахівцю, що практикує, нереально.

Виокремилася два підходи, які не виключали, а напевно навіть доповнювали один одного. Це використання базових наборів МКФ і опитувальник WHODAS 2.0., за яким можна було отримати загальну оцінку рівня функціонування або обмеження життєдіяльності людини..

Якщо говорити про оцінювання функціонування, то є й інші інструменти, але WHODAS 2.0., розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, має прямий зв'язок з МКФ, оскільки він був розроблений відповідно до рамок МКФ та охоплює активність та участь у шести сферах: розуміння та спілкування, пересування, догляд за собою, спілкування з людьми, щоденна активність, участь у суспільному житті.

Ось кілька ключових фактів про інструмент WHODAS 2.0., які вирізняють його серед інших

- + Перекладений на більше ніж 50 мов і діалектів. Вони безкоштовні для використання у всьому світі.
- + Має міжкультурну сумісність, що дозволяє використовувати у різних культурах і країнах та порівнювати результати. Використовується більше ніж у ста країнах світу, що дає велику базу для вивчення досвіду і порівняння даних.

- + Простота використання. Застосування версії WHODAS 2.0., що самоадмініструється, може тривати лише 5 хвилин, а застосування інтерв'ю — 20 хвилин, що є відносно невеликим часом для збору даних.
- + Є етіологічно нейтральним, тобто не прив'язаний до якогось конкретного захворювання чи попереднього стану здоров'я.
- + Стандартизоване оцінювання. Щоб працювати над перекладом цього опитувальника, Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського отримав авторизований дозвіл на переклад та дистрибуцію української версії WHODAS 2.0. у варіанті з 36 питань у форматі самостійного заповнення.

Для перекладу та адаптації наша група обрала версію з 36 питань для самостійного заповнення із декількох причин. Версія з 36 питань дає змогу отримати загальну оцінку здоров'я та обмеження життєдіяльності, а також окремі оцінки за кожним з шести доменів.

Версії з 36 питань рекомендує застосовувати Всесвітня організація охорони здоров'я. Цей опитувальник є найбільш детальним. Саме ця версія додана у розділ 5 «Функціонування» в Міжнародну класифікацію хвороб 11-ї версії. Не потребує навчання інтерв'юєрів, а також додаткових ресурсів для проведення опитування. Саме для цієї версії зібрано великий масив даних у світі, що дозволить визначити нормативні або референтні показники для загальної популяції.

WHODAS 2.0. розроблений для працівників сфери охорони здоров'я, які працюють із людьми, у яких потрібно оцінити рівень функціонування, а також з людьми, які вже мають або можуть мати обмеження життєдіяльності. На даний час цей опитувальник рекомендується застосовувати для осіб з 18 років, хоча є дослідження з вибірками дітей із 12 років і продовжується вивчення ефективності використання WHODAS 2.0. у дітей молодшого віку.

WHODAS 2.0. можуть застосовувати сімейні лікарі для скринінгу рівня функціонування у своїх пацієнтів та визначення потреб у скеруванні до фахівця з реабілітації, або, наприклад, на реабілітацію. WHODAS 2.0. можуть застосовувати реабілітаційні команди та самостійні фахівці з реабілітації.

WHODAS 2.0. можуть застосовувати інституції управління та регуляції сфери охорони здоров'я для планування, формування та корегування своєї політи-

ки. Оцінка обмеження функціонування є корисною для охорони здоров'я та прийняття політичних рішень із точки зору визначення потреб, відповідності методів лікування та заходів, які проводяться, вимірювання результатів та ефективності втручань, визначення пріоритетів, розподілу ресурсів.

Застосування WHODAS 2.0. є досить широким і відкриває великі можливості як на рівні індивідуального фахівця з реабілітації, так і команди чи політичних інституцій країни.

ФІНАЛ КУРСУ. ПІДСУМКИ

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ. КОМАНДНА РОБОТА ТА ЛІДЕРСТВО

Курс про базові засади використання міжнародної класифікації функціонування майже завершено. Ця лекція — не навчальна, але важлива.

Підбиваючи підсумки курсу, тезово окреслимо, що собою являє реабілітація і як зробити її ефективною.

- + Перше — метою реабілітації є оптимізація функціонування. Ми з вами допомагаємо пацієнту використовувати свої можливості максимально і повернутись до самостійного життя настільки, наскільки це можливо.
- + Друга важлива теза про те, що визначає ефективність і досягнення завдань реабілітації. Таких речей чотири - розуміння біопсихосоціальної моделі здоров'я, мультидисциплінарний пацієнтоцентричний підхід, забезпечення континууму надання допомоги та використання доказових реабілітаційних втручань.
- + Третя теза — про ситуативне лідерство. Фахівці з реабілітації доповнюють один одного у своїх компетенціях і взаємодіють відповідно до концепції ситуативного лідерства. Це означає, що стиль управління командою визначається рівнем компетентності та вмотивованості конкретного члена команди.

Які команди ми хотіли б бачити якомога частіше?

Одним із завдань фахівця з реабілітації у практичній клінічній діяльності є вибір клінічного інструменту оцінювання функціонування для певної категорії МКФ. Як йому це зробити правильно? Фахівець має кілька шляхів.

Такі, де керівники адаптують свої методи управління відповідно до рівня професійної зрілості своїх працівників та цілей, які постають перед командою.

Звісно, нам би хотілося більше команд, де молодих фахівців мотивують та навчають, колектив надихають до розвитку та досягнень, а досвідченим компетентним фахівцям довіряють та делегують. І ще раз підкреслимо, що у команді, до якої прагнуть, завжди цінують кожного фахівця.

Хочемо звернутися до кожного фахівця з реабілітації.

Весь світ зараз з повагою дивиться на вашу роботу, стійкість та сміливість. Ми вдячні кожному лікарю фізичної та реабілітаційної медицини.

Кожному фізичному терапевту, ерготерапевту, терапевту мови і мовлення та логопеду.

Кожному фахівцю з ментального здоров'я і протезування.

Кожній реабілітаційній медичній сестрі.

А також кожному соціальному працівнику, волонтеру та громадському діячу.

І кожному політику, який зрозумів необхідність і підтримав розвиток реабілітації ще до того, як почалася війна.

Перелік подяк вийшов чималим. Але саме завдяки всім вам, зараз, коли в Україні щодня зростає кількість людей з обмеженням життєдіяльності внаслідок бойової травми, ми маємо Функціонуючу систему надання реабілітаційної допомоги.

Ми вдячні вам — усім фахівцям з реабілітації — за те, що вам вистачило сміливості і стійкості стати «першопрохідцями» ваших спеціальностей в Україні.

І під обстрілами окупантів, часом без світла і тепла, іноді без вихідних і нічного сну, ви продовжуєте відновлювати українців у лікарнях та реабілітаційних центрах.

Ви робите це в Харкові, Дніпрі, Запоріжжі, Чернігові, Нікополі, Одесі і Миколаєві. В Києві, Вінниці, Тернополі, Хмельницькому, Полтаві, в Рівному та Івано-Франківську. У Луцьку, Львові, Ужгороді та в інших містах України.

Саме завдяки вам і вашому рішення не здаватися, залишатися в Україні, продовжувати надавати допомогу, ми щодня повертаємо якість життя українцям та наближаємо перемогу.

Якщо раніше ми говорили: «Реабілітації в Україні Бути!»...

То сьогодні завдяки нашим спільним зусиллям ми можемо сказати:

«Реабілітація в Україні є і вона вже динамічно розвивається. Давайте разом рухатися до якісних змін і ефективних послуг, які будуть доступні кожному та кожній в нашій державі.

Все Буде Україна!»

