

**Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського**

**Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

МАЗЕПА М. А.

ЛЕКЦІЯ № 3

**МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК КЛЮЧ ДО
РОЗУМІННЯ ФІЛОСОФІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

з навчальної дисципліни
«ЕРГОТЕРАПІЯ»

План лекції.

1. Загальні положення МКФ.
2. Основні принципи МКФ.
3. Визначення.
4. Клінічні приклади кодування за МКФ.

Тривалість лекції – 4 академічні години.

1. Загальні положення МКФ

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) належить до родини міжнародних класифікацій. Вона являє собою цінний інструмент, що дозволяє на міжнародному рівні описувати і порівнювати популяційні дані про здоров'я. У Міжнародних класифікаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я зміни здоров'я (хвороба, розлад, травма і т.п.) спочатку класифіковані в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), яка визначає їх етіологічну структуру. Функціонування і обмеження життєдіяльності, пов'язані зі змінами здоров'я, класифікуються в МКФ. Оскільки, МКБ-10 і МКФ доповнюють один одного, користувачам рекомендується застосовувати обидві класифікації одночасно.

Спільна інформація, що відноситься до діагнозу та функціонування, дає більш широку і значиму картину здоров'я людей або популяції, яка може бути використана при прийнятті рішень.

Кожна з класифікацій має свою цільову аудиторію. МКБ-10 призначена головним чином для лікарів первинної ланки медичної допомоги. МКФ - для всіх фахівців, які працюють або задіяні в сфері реабілітації: лікарів, психологів, терапевтів, педагогів, економістів, юристів, політиків і т.д. .

Всеосяжна мета МКФ - забезпечити уніфікованим стандартною мовою і визначити рамки для опису показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям. Вона вводить визначення складових здоров'я і деяких, пов'язаних зі здоров'ям, складових добробуту (таких як освіта і праця). Таким чином, домени, наявні в МКФ, можуть розглядатися як домени здоров'я і як домени, пов'язані зі здоров'ям. Ці домени описані з позиції організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

1. функції і структури організму;
2. активність і участь.

Інформація в МКФ систематизована в двох частинах.

Частина 1 включає в себе функціонування і обмеження життєдіяльності, 2-га частина охоплює контекстовими чинники.

Кожна частина складається з двох складових:

1. Складові функціонування і обмеження життєдіяльності. Складова організм включає дві класифікації, одна для функцій систем організму, інша для структур організму. Розділи в обох класифікаціях побудовані відповідно до системами організму. Складова активність і участь охоплює повний коло доменів, що позначають аспекти функціонування з індивідуальної та соціальної позицій.

2. Складові контекстовими факторів. Перелік оточуючих факторів - це перша складова контекстовими факторів. Навколишні чинники впливають на всі складові функціонування і обмежень життєдіяльності та систематизовані за принципом: від безпосередньо оточуючих індивіда до загального оточення. Особистісні чинники є складовою факторів контексту, але вони не класифіковані в МКФ через великі соціальні та культурні варіації, пов'язаних з ними .

2. Основні принципи МКФ.

Міжнародна класифікація функціонування побудована на основі наступних важливих принципів:

- універсальність,
- утилітарність,
- нейтральність,
- достовірність,
- валідність,
- порівнянність,
- акцент на позитивних аспектах,
- взаємодія з факторами навколишнього середовища,
- інтерактивність.

Відповідно до даних принципів дана класифікація може бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку. Показники здоров'я та показники, пов'язані зі здоров'ям, при будь-якій зміні здоров'я можуть бути описані за допомогою МКФ.

МКФ не класифікують людей, а дає опис ситуацій, виходячи з функціонування і його обмежень у людини, тому служить своєрідним каркасом для систематизації цієї інформації, ґрунтуючись на взаємодії характеристик здоров'я та контекстовими чинників, які призводять до обмежень життєдіяльності. МКФ вибудовує інформацію у взаємопов'язаному та легко зрозумілому вигляді [6, 1, 7].

2. Визначення:

Функції організму - це фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції).

Структури організму - це анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки і їх компоненти.

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

Домен - набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань або областей життя. Домен є основним елементом, що формує розділи і блоки класифікації, визначаючи другий рівень класифікації складових МКФ.

МКФ використовує буквено-цифрову систему, в якій літери b, s, d, e використовуються для позначення

функцій (b)

структур (s) організму,

активності і участі (d)

факторів навколишнього середовища (e).

За цими літерами слідує числовий код. До відповідного домену класифікації при оцінці порушених функцій, структур організму і категорій активності і участі підбирається варіант кількісної оцінки:

xxx.0 немає проблем (ніяких, відсутні, нікчемні ...) 0-4%

xxx.1 ЛЕГКІ проблеми (незначні, слабкі, ...) 5-24%

xxx.2 ПОМІРНІ проблеми (середні, значущі, ...) 25-49%

xxx.3 ТЯЖКІ проблеми (високі, інтенсивні ...) 50-95%

xxx.4 Абсолютні проблеми (повні ...) 96-100%

xxx.8 не визначене xxx.9 не застосовується [5, 8, 4, 9, 10].

Для оцінки факторів навколишнього середовища МКФ пропонує загальний визначник з негативної та позитивної шкалами, що позначають ступінь вираженості конкретного фактора у вигляді бар'єру або полегшення, при цьому точка вказує на бар'єри, а знак (+) вказує на полегшують фактори [10]:

xxx.0 Ні бар'єрів (ніяких, відсутні, нікчемні ...) 0-4%

xxx.1 незначні бар'єри (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%

xxx.2 ПОМІРНІ бар'єри (середні) 25-49%

xxx.3 вираженні бар'єри (різко виражені, важкі) 50-95%

xxx.4 Абсолютні бар'єри (повні ...) 96-100%

xxx + 0 Ні полегшують чинників (відсутні, нікчемні) 0-4%

xxx + 1 незначно полегшують чинники (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%

xxx + 2 ПОМІРНІ полегшують чинники (середні) 25-49%

xxx + 3 слів полегшує чинники (різко виражені, значущі ...) 50-95%

xxx + 4 Абсолютні полегшують чинники (повні) 96-100%

Клінічні приклади кодування за МКФ.

Нижче наведено 2 приклади хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Хворий Л., 55 років. Клінічний діагноз: Основний: Гіпертонічна хвороба II стадії, артеріальна гіпертензія 2-й ст., Ризик серцево-судинних ускладнень 3. Супутній: цукровий діабет 2-го типу, компенсований дієтою. Ожиріння II ступеня. Основна професія: менеджер з продажу. Хворий М., 58 років. Клінічний діагноз: Основний: ІХС. Стенокардія напруги III ФК. Атеросклеротичний кардіосклероз. Постінфарктний кардіосклероз (ГІМ від 2010 року). Гіпертонічна хвороба III стадії, артеріальна гіпертензія 3-й ст., Ризик серцево-судинних ускладнень 4. Ускладнення основного захворювання: Хронічна серцева недостатність II А ст. (II ФК по NYHA). Супутній: ЦВБ. Дисциркуляторна енцефалопатія II ст. МКБ. Мікроліти нирок. Хронічний пієлонефрит, латентний перебіг. ХХН II ст. ХНН 0 ст. Основна професія: електрик.

Хворий Л., 55 років. Розумові функції (В 110-в 180) в 1400.1 - легке зниження стійкості уваги в 1401.1 - легке порушення переключення уваги в 1441.1 - легке порушення довготривалої пам'яті в 1442.1 - легке порушення відтворення, що зберігається в пам'яті в 1643.1 - легке порушення пізнавальної гнучкості в 1341.1 - легке порушення початку сну в 1343.1 - легке порушення якості сну в 1520.1 - легке порушення адекватності емоцій Сенсорні функції і біль (В 210-в 280) в 2351.2 - порушення вестибулярної рівноваги в 2401.2 - помірне порушення, пов'язане з появою запаморочення в 2400.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям дзвону або шуму у вухах в 28010.3 - виражене порушення, пов'язане з відчуттям болю в голові і шиї в 28011.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям болю в грудній клітці в 2803.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям іррадируючого болю в дерматомі в 28010.2 - помірний біль в голові і шиї Функції голосу і мови (В 310-в 340) не порушені не порушені Функції серцево-судинної, крові, імунної та дихальної систем (В 410-в 460) в 4102.2 - помірні порушення скорочувальної сили міокарда в 4103.2 - помірні порушення кровопостачання серця в 4150.2 - помірні порушення функції артерій в 4152.1 - легкі порушення функції вен в 4200.3 - виражене підвищення артеріального тиску в 4202.3 - виражене порушення підтримки артеріального тиску в 4400.2 - помірні порушення темпу дихання в 4550.2 - помірні порушення загальної фізичної витривалості в 4551.2 - помірні порушення аеробного резерву в 4552.2 - помірне відчуття стомлюваності. в 460.1 - легкі порушення відчуттів, пов'язаних з функціонуванням серцево-судинної і дихальної систем. в 4150.2 - помірне порушення функції артерій в 4200.2 - помірне підвищення артеріального тиску в 4550.2 - помірне порушення загальної фізичної витривалості в 4552.2 - помірна втомлюваність

МКФ дозволяє показати різницю як порушених функцій, так і їх вираженості. При оцінці порушених функцій в процентному співвідношенні у хворого М. коливалися в межах від 0 до 85%, а у хворого Л. - від 0 до 44%.

Побутове життя

(D 610-d 660) d 6100.3 - значні труднощі в покупці житла d 6101.3 - значні труднощі при оренді житла d 6102.3 - значні труднощі у благоустрої житла d 6200.1 - легкі труднощі при здійсненні покупок. d 6400.2 - помірні труднощі при

пранні і сушінні білизни та одягуд 6401.1 - легкі труднощі при збиранні на кухні і миття посудуд 6402.2 - помірні труднощі при збиранні житлової частини.d 6501.2 - помірні труднощі при підтримці збереження житла та обстановкиd 6506.1 - легкі труднощі при турботі про тварин Немає порушеньМіжособистісні взаємодії і відносини (d 710-d 770) Немає порушень Немає порушеньГоловні сфери життя(D 810-d 870) d 8451.2 - помірні труднощі при виконанні трудових обов'язківd 8502.2 - помірні труднощі при здійсненні повної трудової зайнятостід 8700.2 - помірні труднощі при використанні особистих економічних ресурсів Немає порушень Життя в спільнотах, суспільне життя і громадянське життя(D 910-d 950) d 9201.2 - помірні труднощі при участі в спортивних змаганнях d 9201.1 - легкі труднощі при участі в спортивних змаганняхЯк видно з наведеної таблиці, у хворого М. спостерігається більш виражені порушення категорій активності і участі в порівнянні з хворим Л., що в основному проявляється при оцінці мобільності, побутового життя і головних сфер життя. Так, у хворого М. є більша кількість порушених категорій мобільності і побутового життя в зв'язку з вираженою задишкою і виникненням болю в серці при виконанні звичного фізичного навантаження для даного хворого. Велика кількість порушених категорій в головних сферах життя найімовірніше у хворого М. пояснюється тим, що хворий у зв'язку з основним захворюванням не може продовжувати роботу в основній професії в колишніх умовах, що вимагає проведення заходів професійної адаптації і обумовлює необхідність заходів соціального захисту. У хворого М. порушені категорії активності і участі можуть бути оцінені в діапазоні 0-95%, а у хворого Л. - 0-20%.

1. Основні принципи МКФ.

Міжнародна класифікація функціонування побудована на основі наступних важливих принципів:

- універсальність,
- утилітарність,
- нейтральність,
- достовірність, валідність, порівнянність,
- акцент на позитивних аспектах,
- взаємодія з факторами навколишнього середовища,
- інтерактивність.

Відповідно до цих принципів дана класифікація може бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку; між її елементами не існує лінійного прогресивного зв'язку і, більш того, реабілітаційні втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи МКФ і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини.

Згідно МКФ, хвороба або інша зміна стану здоров'я внаслідок травми або інших факторів викликає зміни людського функціонування на одному або більше рівнях:

- функціонування на рівні організму або органу;

- функціонування людини, відбите в «діяльності», яку він здатний виконувати;
- функціонування людини в соціальному оточенні, що відбивається в участі людини в суспільному житті.

При цьому функції організму - це фізіологічні функції систем організму (включаючи психологічні функції), а структури організму - анатомічні частини тіла - органи, кінцівки і їх складові.

Поняття «активності» і «участі» в МКФ - багатогранні. Поняття «активності» має на увазі виконання людиною завдання або дії, а «участь» - його залученість в конкретну життєву ситуацію. Під «обмеженням активності» розуміються ті труднощі, які людиною може відчувати при виконанні дій, а під «обмеженням участі» - проблемами, з якими може зіткнутися людина за участю в життєвих ситуаціях.

Основні сфери активності і участі, по МКФ, включають в себе навчання і застосування знань, вирішення спільних завдань і виконання вимог, спілкування, мобільність, самообслуговування, побут або повсякденне життя, міжособистісні взаємодії і спілкування, головні сфери життя, життя в спільнотах, громадське і цивільне життя. Особливу увагу в новій версії МКФ приділяється факторам контексту, які поділяються на особистісні та середовищні. Особистісні чинники включають в себе не тільки звичні для нашої оцінки параметри (стать, вік, особливості здоров'я, освіти, професія), а й ті, які раніше не розглядалися як важливі при складанні програм реабілітації (характер, попередній досвід, соціальне походження). Це ж стосується і середовищних факторів (або чинників навколишнього середовища), які крім традиційних (будівля, житло, установа) включають в себе незвичні для нашого розуміння критерії (культурне середовище, найближче оточення, політичне середовище, клімат).

Сучасна версія Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я входить в сім'ю міжнародних класифікацій, розроблених ВООЗ і тісно пов'язана з Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ-10). Кожна з класифікацій має свою цільову аудиторію. МКБ-10 призначена, головним чином, для лікарів первинної ланки медичної допомоги. МКФ-2001 - для всіх фахівців, працюючих або задіяних в сферу реабілітації: лікарів, психологів, фізичних терапевтів, педагогів, економістів, юристів, політиків і т. д. ВООЗ рекомендує широко використовувати МКФ в різних сферах діяльності людини і суспільства в цілому: для розробки державної політики в сфері реабілітації; для економічного аналізу здоров'я, захворюваності та інвалідності населення; для статистичного аналізу; при проведенні медико-соціальної експертизи; як дослідницький інструмент; а також в щоденній клінічній практиці.

Актуальним залишається питання: наскільки вивчення міжнародної класифікації функціонування потрібно лікарям (стаціонарів, поліклінік і санаторіїв), вирішальним щодня питання експертизи постійної непрацездатності, але так чи інакше стикаються з питаннями відновного лікування і медичної реабілітації.

Вивчення МКФ включено в освітні програми підготовки студентів медичних вузів і фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

Застосування МКФ в практичній діяльності дозволяє:

1. провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності;
2. змінити рівень і вектор побудови програм реабілітації;
3. уточнити послідовність реабілітаційних заходів;
4. провести аналіз факторів контексту (особистісних і навколишнього середовища);
5. оцінити ефективність проведеної реабілітації.

Кожен з розділів МКФ, що стосується активності та участі, містить детальну інформацію про можливі обмеження можливостей пересування, самообслуговування, про будь-яких формах активності в повсякденному житті, і в цьому сенсі МКФ може бути використана як хороше довідкове керівництво. Зокрема, розділ «мобільність» висвітлює різні варіанти зміни пози тіла, підтримання положення тіла або переміщення тіла з одного місця на інше; перенесення, переміщення або маніпуляції об'єктами; ходьби, бігу, подолання перешкод і використання різних видів транспорту. А розділ «самообслуговування» відноситься до здійснення турботи про себе, миття та витирання, догляду за своїм тілом і різними його частинами, одягання (різних предметів одягу), прийому їжі (причому різної їжі, приготовленої різними способами і в різних умовах) і питва, турботі про своє здоров'я (фізичний та розумовий благополуччя, в т. ч. підтримку збалансованого раціону харчування, що відповідає рівню фізичної активності, відхід від шкідливих для здоров'я чинників, дотримання правил безпечного сексу, регулярне проходження медичних оглядів і т. д.).

Результати проведеного аналізу особливостей обмежень життєдіяльності та якості життя у конкретного пацієнта, що потребує реабілітації, можуть використовуватися лікарями, які працюють в сфері реабілітації, для формулювання реабілітаційних цілей і залучення до процесу відновного лікування відповідних фахівців міждисциплінарної бригади.

Трудовий компонент реабілітаційного потенціалу інваліда з урахуванням положень МКФ: поняття, принципи формування, зміст та структура

Трудовий потенціал людини (трудової аспект реабілітаційного потенціалу, ТП) можна визначити як сукупність характеристик людини, а також соціально-середовищних (зовнішніх) чинників, що дозволяють реалізувати його потенційні можливості у праці. Трудовий прогноз являє собою ймовірність реалізації цього потенціалу з урахуванням конкретних соціально-середовищних (зовнішніх) чинників.

ТП відображає можливості людини при певних умовах працювати відповідно з його здібностями, можливостями, інтересами, потребами, освітою. ТП дає можливість прогнозувати рівень реалізації потенційних можливостей індивіда у праці, на підставі чого можливо в кожному конкретному випадку визначення необхідних реабілітаційних заходів, що сприяють реалізації цього ТП.

Трудовий потенціал залежить від здатності інваліда до трудової діяльності і відображає власні ресурси індивіда (як біологічні, так і особистісні), а також соціально-середовищні фактори і умови (організаційні, освітні, реабілітаційні, професійно-виробничі, сімейні, соціально-економічні та т. д.).

Здатність до трудової діяльності - здатність здійснювати трудову діяльність відповідно до вимог, змісту, обсягу і умов виконання роботи. Ця здатність проявляється в певному рівні розвитку фізичних і психічних функцій, а також в певному рівні готовності до виконання конкретного виду трудової діяльності.

У діючій Класифікації критерії, що використовуються при здійсненні медико-соціальної експертизи, виділяються наступні три ступеня обмежень здатності до трудової діяльності:

- 1 ступінь - здатність до виконання трудової діяльності за умови зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності, при неможливості виконання роботи за своєю професією;

- 2 ступінь - здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та / або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

- 3 ступінь - нездатність до виконання трудової діяльності.

У проекті нових Класифікацій і критеріїв при здійсненні медичної експертизи з використанням положень МКФ здатність до виконання завдань і дій, які забезпечують зайнятість і економічну самостійність:

1 ступінь - здатність отримання роботи і виконання роботи з урахуванням професійної придатності та рівнем професійної підготовки, в звичайних умовах праці при зниженні кваліфікації, важкості та напруженості праці і (або) зменшенні обсягу роботи; неможливість виконання роботи за основним фахом при збереженні можливості в звичайних умовах праці виконувати роботу більш низької кваліфікації з урахуванням наявних бар'єрів у професійній діяльності; економічна самостійність помірно знижена.

2 ступінь - можливість виконання роботи в спеціально створених умовах праці, з використанням допоміжних технічних засобів для труда или помощи других лиц; экономическая самостоятельность значительно снижена.

3 ступінь - виконання роб основною професією. Основна професія - виконувана робота найбільш високої кваліфікації або робота, виконувана більш тривалий час;

Визначення збереження професійно важливих якостей (ПВК) ґрунтується на тому, що ПВК - его основні характеристики, що визначають рівень професійної кваліфікації, компетентності працівника.

Оцінка раціональності працевлаштування.

Раціональність працевлаштування визначається відповідністю тяжкості, напруженості і характеру виконуваної роботи можливостям інваліда.

Раціональне працевлаштування це таке працевлаштування, при якому забезпечується відповідність виконуваної роботи можливостям і схильностям інваліда, що дозволяє йому найбільш повно реалізуватися у праці, максимально зберегти / підтримати здоров'я і соціально-економічний статус.

В даному визначенні закладені наступні критерії раціональності працевлаштування:

- відповідність виконуваної роботи можливостям інваліда
- відповідність виконуваної роботи схильностям інваліда
- найбільш повна реалізація в праці
- максимальне збереження / підтримання здоров'я
- максимальне збереження соціально-економічного статусу.

Оцінка професійно-трудового потенціалу включає визначення характеристик інтегральної реакції організму на трудову діяльність, оцінку їх значимості для трудової діяльності, визначення можливості адаптації до праці, шляхів підтримки здоров'я і трудової діяльності на високому рівні і тривалий час.

При аналізі умов праці вже певною мірою визначаються його зовнішні характеристики. Крім того, зовнішні соціально-середовищні фактори включають наявність в регіоні проживання сприятливих умов для працевлаштування інвалідів різних категорій:

- квотування робочих місць,
- програм сприяння зайнятості інвалідів,
- програм створення спеціалізованих робочих місць для інвалідів,
- спеціалізованих підприємств для інвалідів;
- можливості знайти роботу на дому;
- лікувально-виробничих майстерень.

Також для працевлаштування важливо місце проживання інваліда - його віддаленість від виробничих об'єктів, можливих місць роботи, транспортна доступність.

На підставі результатів діагностики порушень основних функцій організму, стану професійного статусу, оцінки раціональності працевлаштування визначається трудовий потенціал інваліда:

Трудовий потенціал може бути високим, середнім, низьким і бути відсутнім:

- високий - коли можна очікувати повернення людини до своєї роботи в колишньої професії в повному обсязі або з обмеженнями за часом і обсягом, або можливості виконання роботи в повному обсязі в іншій професії рівноцінної по кваліфікації при високому або середньому професійному статусі, при раціональному працевлаштуванні (або його можливості);

- середній - коли можливе повернення інваліда до роботи в своїй професії з використанням допоміжних засобів та (або) спеціально обладнаного робочого місця або зі зниженням кваліфікації і соціально-економічного статусу або виконання іншої професійної діяльності зі зниженням кваліфікації і соціально-економічного статусу при середньому або низькому професійний статус і раціональному працевлаштуванні; або при відносно раціональному працевлаштуванні та високому професійному статусі; низький - коли можливе повернення інваліда до роботи в своїй професії або виконання іншої професійної діяльності на спеціалізованих підприємствах, лікувально-виробничих майстерень або вдома зі значним зниженням кваліфікації, соціально-економічного статусу, при значно зниженому професійному статусі, при нераціональному працевлаштуванні;

- відсутня - нездатність виконувати трудову діяльність навіть в обмеженому обсязі.

СТРУКТУРА МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

Основоположні принципи МКФ

• Універсальність

Класифікація функціонування і обмежень життєдіяльності повинна бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку. Таким чином, МКФ призначена для всіх людей. Вона відноситься до функціонування кожної людини, тому її не можна використовувати як засіб відділення інвалідів в окрему групу. Універсальний підхід до інвалідності також означає, що більшість людей в якийсь момент стають тим або іншим чином «людьми з обмеженими можливостями».

• Рівність

Не повинно бути поділу, що виражається прямо або побічно, між різними станами здоров'я, «розумовими» і «фізичними», яке зачіпає структуру змісту класифікації функціонування і обмежень життєдіяльності. Іншими словами, інвалідність не можна розділяти по етіології.

• Нейтральність

Там, де це можливо, назви сфер повинні бути сформульовані на нейтральній мові так, щоб класифікація могла відображати як позитивні, так і негативні аспекти всіх положень функціонування і обмежень життєдіяльності. Більш того, МКФ акцентує увагу здібностях людей і на те, що вони до цих пір здатні робити, а не на їх інвалідності або порушеннях функціонування.

• Фактори навколишнього середовища

Для того, щоб зробити соціальну модель інвалідності більш завершеною, МКФ включає контекстуальні фактори, в яких перераховані фактори навколишнього середовища. Ці фактори можуть бути фізичними: клімат, місцевість; а також включати соціальне відношення, установи, закони. Взаємодія з факторами навколишнього середовища є важливим аспектом наукового розуміння явища, узагальненого в термінах «функціонування і обмеження життєдіяльності».

• Інтерактивність

Між різними елементами не існує лінійної прогресивного зв'язку. Всі елементи схильні до змін і динамічному впливу один на одного. Більш того, втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини.

МКФ може надати основу для всебічної і зрозумілої соціальної політики в сфері інвалідності, будь то розробка критеріїв на право отримання пенсій по інвалідності, або розробка положень для доступу до допоміжних технологій,

або санкціонування житлової або транспортної політики для людей з обмеженнями рухливості, або сенсорними або розумовими обмеженнями.

Прийнята ООН 13 грудня 2006 Конвенція про права інвалідів, проголосила своєю метою заохочення, захист і забезпечення повного і рівного здійснення всіма інвалідами всіх прав людини і основних свобод, а також заохочення поваги притаманного їм достоїнства. Відповідно до Конвенції до інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їх ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

З цього визначення випливає, що основним постулатом при визначенні інвалідності є встановлення порушень здоров'я, що супроводжуються фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які перешкоджають взаємодії інвалідів з навколишнім середовищем і тим самим заважають їх участі в житті суспільства.

Інший міжнародний документ - Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), прийнятий Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 2001 р, покликаний забезпечити уніфікацію і визначення рамок для оцінки показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям.

МКФ є класифікацією здоров'я і всіх обставин, які пов'язані зі здоров'ям. Вона прийнята ООН як одна з соціальних класифікацій, на яку посилаються і в якій реалізуються «Стандартні правила щодо створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності» (затверджені на 48 сесії Генеральної асамблеї ООН 20 грудня 1993 г.).

МКФ вводить поняття здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям. Ці показники описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

- Функції і структури організму (Body);
- Активність (Activity) і участь (Participation).

Ці терміни розширюють можливості класифікації, дозволяючи описати не тільки негативний, але й позитивний аспект.

МКФ відмовилася від класифікації «наслідків хвороби» (як це було в МКН). У ній запропонована класифікація «складових здоров'я». «Складові здоров'я» характеризують його стан, в той час як «наслідки хвороби» концентрують увагу на негативні впливи, які можуть надавати захворювання і інші порушення здоров'я на кінцевий результат.

МКФ містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями, що дозволяє практично відобразити профіль функціонування і обмежень життєдіяльності індивіда в рамках різних показників.

Дана класифікація більш прив'язана до структурних утворень, ніж до функціональних систем організму. Функції та структури організму входять в даній класифікації в один показник. З нових позицій представлено функціонування і обмеження життєдіяльності з точки зору «використання» функцій і структур в індивідуальній та соціального життя людини і позначених в МКФ як «активність» і «участь».

Запропоновано два визначники активності і участі:

- Реалізація (втілення в життя, здійснення);
- Потенційна здатність (капаcітет).

Розділ 1 класифікацій активності і участі «Навчання і застосування знань» включає цілеспрямоване використання органів почуттів; базисні навички при навчанні; застосування знань. У такому контексті обмеження здатності до навчання в діючих класифікаціях і критерії не використовуються, але основні позиції отримали відображення в категоріях здатність до навчання і, в деякій мірі, здатність до орієнтації. Даний вид активності і участі в значній мірі носить психологічний характер, тому що відображає здатність індивіда не тільки виконувати окремі дії, а й включатися в діяльність для вирішення складних завдань.

Розділ 2 «Загальні завдання і вимоги» включає кілька позицій, що відбивають: виконання окремих завдань, виконання багатопланових завдань, виконання повсякденного розпорядку, подолання стресу та інших психологічних навантажень тощо. В деякій мірі ці позиції враховуються в даний час при визначенні здатності контролювати свою поведінку. Однак виконання окремих і багатопланових завдань практично не включено в жодне визначення категорій обмеження життєдіяльності в даний час. Крім того, визначення або діагностика цих позицій вимагають розробки і створення певних маркерів, за допомогою яких ці обмеження можуть бути враховані.

Розділ 3 «Спілкування» включає: сприйняття повідомлень при спілкуванні; спілкування - складання та виклад повідомлень; розмова і спілкування з використанням засобів зв'язку та техніки спілкування. Всі ці позиції використовуються в чинній класифікації обмежень здатності до спілкування і застосовуються на практиці.

4 розділ «Мобільність» передбачає такі види дій: зміна і підтримання положення тіла; перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами; ходьба і пересування; пересування з використанням транспорту. Всі ці види дій включені в здатність до пересування в рамках діючої класифікації, за винятком перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами, які в даний час оцінюються при діагностиці обмеження самообслуговування та обмежень здатності до трудової діяльності.

Розділ 5 «Самообслуговування» і розділ 6 «Побутова життя» в діючій класифікації включені в категорії життєдіяльності «Самообслуговування», за винятком однієї позиції: в розділ 6 «Побутова життя» включено поняття «допомога іншим», яке повністю відсутня в чинній Класифікації, але є неодмінною критерієм, в першу чергу якості побутової, сімейного життя.

Розділ 7 присвячений міжособистісної взаємодії і відносин і включає: загальні або особистісні взаємодії і специфічні міжособистісні відносини (соціальний, сімейні, інтимні, формальні, відносини з незнайомими людьми тощо.). У діючій Класифікації поняття міжособистісних взаємодій і відносин відсутня, хоча деякі позиції відображені в таких категоріях як контроль за своєю поведінкою і спілкування.

Розділ 8 «Головні сфери життя» включає: освіту; роботу і зайнятість; економічне життя. Ці категорії в чинній Класифікації включені в різні обмеження життєдіяльності: здатність до трудової діяльності, здатність до навчання і, в деякій мірі, в здатність контролювати свою поведінку. Однак економічне життя (економічні відносини, економічна самостійність і т.д.) ніколи не оцінювалася як окремий аспект життєдіяльності людини.

Останній 9 розділ присвячений життю в спільнотах, громадської та громадянської життя і включає життя в спільнотах, відпочинок і дозвілля, релігію, права людини, політичне життя і громадянство і ін. В такому аспекті участь в житті суспільства практично ніколи не відбивалося і не оцінювалося в діючих класифікаціях. Однак цей розділ належить до тих дій і завдань, які потрібні, щоб займатися організованою громадським життям поза сім'єю, включатися в життя окремих спільнот, всього суспільства і в цивільні сфери життя.

Порівняльний аналіз моделей обмежень життєдіяльності, представлений в діючих класифікаціях та МКФ свідчить про розбіжності між ними, в основному стосуються соціальних сфер життя людини. Головною відмінністю є опис взаємин між складовими функціонування і обмежень життєдіяльності.

Функціонування індивіда представляється як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстовими факторами (факторами навколишнього середовища і особистісними факторами). МКФ пропонує використовувати визначники факторів навколишнього середовища з позицій їх впливу як полегшувачого фактора або бар'єру, використовуючи негативні і позитивні шкали, наприклад:

немає бар'єрів - (+ 0-4%)

немає полегшувачих чинників - 0-4%

незначні бар'єри - 5-24%

незначні полегшувачі фактори - (+ 5-24%)

і т.д.

Класифікації, представлені в МКФ, і їх трактування, охоплюють широкий спектр складових здоров'я і пов'язаних зі здоров'ям факторів. Категорії МКФ відносяться до всіх видів обмежень життєдіяльності.

Слід зазначити, що складові «Активність і участь» мають 2 визначника: реалізація та потенційна здатність. Перший з них визначає проблеми індивіда в реальних умовах навколишнього середовища, в тому числі з використанням допоміжного обладнання, яке є індивіду в його реальному оточенні. Другий - вказує на зниження можливості активності і участі без допомоги, тобто оцінює труднощі в разі відсутності сторонньої допомоги або допоміжного обладнання.

Порівняльний аналіз положень МКФ і вітчизняних підходів показує наявність деяких особливостей у поглядах на оцінку здоров'я і факторів, пов'язаних зі здоров'ям, при наявності подібності основних позицій. До подібності позицій відноситься функціонально-структурний підхід як показник оцінки стану організму людини і його функцій, підхід до оцінки активності і участі. Ці підходи реалізуються і у вітчизняній практиці при здійсненні МСЕ. Однак пріоритет МКФ полягає в тому, що вона пропонує для обліку більш широке коло розумових функцій і видів життєдіяльності.

До переліку розумових функцій включені не тільки пізнавальні процеси (пам'ять, увага, мислення та ін.) А й більш складні функції психіки, що інтегрують у собі і особистісні характеристики, наявність соціального досвіду і навичок поведінки.

Виділення в МКФ особливого виду активності та участі «спільні завдання і вимоги» як здатності людини виконувати різні види діяльності є надзвичайно прогресивним, так як даний вид відіграє провідну роль при оцінці здатності людини виконувати будь-яку діяльність взагалі.

Для бар'єрів і для полегшуючих чинників запропоновані одні і ті ж кількісні визначники:

А. Для бар'єрів:

0. Ні бар'єрів (немає, відсутні, нікчемне) 0-4%
1. Незначні бар'єри (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%
2. Помірні бар'єри (середні) 25-49%
3. Виражені бар'єри (різко виражені, важкі) 50-95%
4. Абсолютні бар'єри (повні) 96-100%

Б. Для полегшуючих чинників:

0. Ні полегшуючих чинників (немає, відсутні, нікчемні) 0-4%
1. Незначні полегшуючі чинники (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%
2. Помірні полегшуючі чинники (середні) 25-49%
3. Виражені полегшуючі чинників (різко виражені, важкі) 50-95%
4. Абсолютні полегшуючі чинники (повні) 96-100%

Інших визначників факторів навколишнього середовища в версії МКФ 2001 року не були запропоновані і вказується, що визначення кількісних значень повинно бути уніфіковано, методики оцінки необхідно розробляти в ході подальших досліджень. Крім того, будуть потрібні подальші дослідження, щоб з'ясувати, наскільки перелік факторів навколишнього середовища залишиться зрозумілим і стабільним при його використанні.

Бальна оцінка. З урахуванням проявів захворювань, наслідків травм і дефектів по тяжкості (стадія процесу, характер перебігу, порушення структури або функції за ступенем вираженості тощо) їм може бути дана кількісна оцінка в балах, відповідних тяжкості обмежень основних категорій життєдіяльності, які є підставою для визначення конкретної групи інвалідності.

Як правило, ступінь вираженості порушених функцій (помірні -40-60 балів, виражені - 70-80 балів і значно виражені - 90-100 балів) відповідають ступеня вираженості окремих категорій життєдіяльності (активності та участі), що може бути використано при визначенні групи (тяжкості інвалідності) в залежності від показника (узагальненого) вираженості порушень функцій в балах.

Узагальнений показник відповідності суми балів тяжкості інвалідності (групи) визначаються наступними критеріями:

- 0-30 балів відповідають незначною тяжкості проявів захворювань, наслідків травм чи дефектів і свідчать про відсутність підстав для встановлення інвалідності, але можуть визначати необхідність реалізації заходів щодо медичної реабілітації;

- 40-60 балів - характеризують обмеження життєдіяльності при 3 групі інвалідності;
- 70-80 балів - характеризують обмеження життєдіяльності при 2 групі інвалідності;
- 90-100 балів - характеризують обмеження життєдіяльності при 1 групі інвалідності.

При наявності декількох функціональних порушень оцінювати кожен ступінь вираженості здоров'я окремо. При оцінці сумарної ступеня порушення здоров'я слід виходити з окремого максимально вираженого порушення і далі встановити щодо інших функціональних порушень їх вплив на збільшення цього показника на 10 балів для оцінки обмеження в цілому.

Рекомендована література:

1. Антонова Л.В., Клочкова Е.В. Физическая терапия и эрготерапия // Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом). Методическое пособие». Под редакцией А.А.Потапчук. СПб, СПбГАФК им. П.Ф.Лесгафта, 2003.
2. Багрій І.П. Заняттєва терапія як вид професійної діяльності. Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2014. - №1. – С. 158-166.
3. Багрій І.П. Теоретичне осмислення поняття «занятості» у заняттєвій терапії //Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогіки та психології: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м.Львів, 14-15 червня 2013 року) – Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2013. – С. 109-112.
4. Мазепа М. А. Использование принципов доказательной медицины в практике физической терапии и эрготерапии // Здоровье для всех : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. – Пинск : ПолесГУ, 2017. – С. 147–152.
5. Мазепа М. Сучасна парадигма ерготерапії / Марія Мазепа // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. - 2017. - Вип. 25/26. - С. 174-180.
6. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії ("Нормальна анатомія " та "Нормальна фізіологія") : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Станіслав Крась, Софія Маєвська, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2019. – 146 с.
7. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья (МКФ) Полная финальная версия. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
8. Методические рекомендации по проведению практических занятий по дисциплине «Эрготерапевтические средства»: / Е.Е. Лебедь-Великанова – Пинск: ПолесГУ, 2014. – 32с.
9. Швесткова О., Свєцена К. Ерготерапія Підручник для студентів бакалаврського напрямку підготовки «Ерготерапія» на 1-у медичному факультеті Карлового університету.