

## Лекція 2

### Місце міжнародної класифікації функціонування (МКФ) в системі реабілітації

#### ПЛАН

1. Поняття «здоров'я» відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і нові підходи до реабілітації в світі.
2. Зміст відмінностей між медичною та соціальною моделями реабілітації.
3. Використання МКФ на індивідуальному, інституційному та громадському рівнях.
4. Компоненти моделі МКФ щодо функції та неповносправності.
5. Демонстрація застосування компонентів МКФ в клінічних випадках.

#### 1. Поняття «здоров'я» відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і нові підходи до реабілітації в світі

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я розглядається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби» (1948 рік).

За останні два десятиліття у світі кардинально змінився підхід до реабілітації пацієнтів. Сьогодні основна мета реабілітації у світі – повернути хвору або травмовану людину до нормального соціального життя (як фізично, так і психологічно) та максимально підготувати її до нових умов.

У грудні 2015 року був опублікований звіт Місії ВООЗ з оцінки системи реабілітації в Україні. Резюме звіту полягало в тому, що розуміння обмежень життєдіяльності та реабілітації в Україні базується на філософії та визначеннях, які не сумісні з міжнародним розумінням обмеження життєдіяльності. У світі під обмеження життєдіяльності розуміють взаємодію особи з певним станом здоров'я та її середовища. Такий стан справ в українській реабілітації призводить до того, що збір даних по обмеженнях життєдіяльності є недостатнім, що впливає на якість індивідуальної оцінки обмеження життєдіяльності, на якість постановлених цілей реабілітації, планування реабілітаційних втручань, корекцію реабілітаційної програми за результатами

реабілітації ( матеріал взято із резюме Звіту Місії ВООЗ з оцінки системи реабілітації в Україні, грудень 2015).

У 1988 році була опублікована перша версія Міжнародної класифікації функціонування. Це був офіційний документ, схвалений всіма державами (191 держава) - членами ВООЗ у в якості міжнародного стандарту для опису і вимірювання здоров'я та неповносправності (травень 2001 року).

Нещодавно і Україна долучилася до нових підходів у реабілітації. В. о. міністра охорони здоров'я України підписала окреме доручення про впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ) в систему української реабілітації.

Зміни полягають у тому, щоб переорієнтувати зусилля на відновлення або компенсацію певних порушень, враховуючи соціальне середовище та запити пацієнта, а не зосереджуватися суто на лікуванні хвороби або її наслідків. Тобто у центрі системи має бути пацієнт.

## **2. Зміст відмінностей між медичною та соціальною моделями хвороби**

Світова медична спільнота вже давно перейшла від біомедичної моделі реабілітації до біопсихосоціальної, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів.

Чому замість біомедичної моделі реабілітації обираємо біопсихосоціальну? Метою реабілітації є забезпечити людині участь у суспільному житті, враховуючи наявні функціональні порушення. Саме це є в основі біопсихосоціальної моделі хвороби, яка прийнята більшістю країн світу як відправний пункт комплексної медико-соціальної реабілітації пацієнтів.

Вперше біопсихосоціальну модель хвороби представила ВООЗ ще 1980 року як Міжнародну класифікацію ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICIDH). У 2001 році ВООЗ видала удосконалену версію цієї класифікації – вже згадану Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), а в 2007 році – версію МКФ для дітей та підлітків.

Сучасна українська медицина використовує біомедичну модель, що спирається тільки на Міжнародну класифікацію хвороб, МКХ-10 (International Classification of Diseases, ICD). Тут увагу зосереджено на лікуванні захворювання і майже не враховано соціальне середовище пацієнта, його психологічний стан.

МКХ-10 розглядає порушення (у вигляді симптомів) як частини, які формують хворобу та причини для звернення по медичну допомогу.

Натомість МКФ розглядає порушення як проблеми функції і структур організму, пов'язаних зі змінами здоров'я. Знаючи, як хвороба впливає на функціонування, можна краще планувати послуги, лікування і реабілітацію осіб з обмеженням можливостей.

МКФ забезпечує основу для організації та ведення документації щодо функцій і неповносправності, а також класифікації та коди, які використовуються протягом усього життя і для всіх вікових груп населення.

МКФ використовується для вимірювання функціонування в суспільстві, незалежно від того, якою є причина вади. Він більше не зараховує осіб з інвалідністю до окремої категорії.

МКФ визнає, що "кожна людська істота може мати погіршення здоров'я і, таким чином, відчувати певну неповносправність" (ВООЗ, Женева, 2002).

МКФ «вводить в основне русло» досвід неповносправності і бачить його в якості універсального людського досвіду, а не лише щось, що трапляється лише з незначною частиною людства (ВООЗ, Женева, 2002).

Зазвичай у світі в медичній реабілітації використовуються Міжнародна класифікація хвороб і проблем пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) та МКФ як класифікаційні системи, що доповнюють одна одну. Перша розглядає порушення (у вигляді симптомів) як складові хвороби та причини для звернення по медичну допомогу, друга визначає складники здоров'я і пов'язані з ним складники добробуту (наприклад освіта і праця).

Обидві використовують числову систему класифікацій.

**МКХ – 10:**

МКХ використовується для перетворення словесного формулювання діагнозів хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у коди, які забезпечують зручність збереження, збору та аналізу даних. Метою МКХ є створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних про смертність та захворюваність.

**МКФ** - це концептуальна структура, яка забезпечує систематизацію даних про функціонування людини та взаємозв'язок між нею або її станом здоров'я, факторами навколишнього середовища та особистісними факторами. Використовується для організації та ведення документації, стосовно функціонування та неповносправності.

МКФ об'єднує дві основні моделі щодо неповносправності – медичну і соціальну як «біо-психо-соціальний синтез», який визнає роль факторів зовнішнього середовища і стану здоров'я людини у формуванні неповносправності.

Медична модель	Соціальна модель
Неповносправність - це особливість людини, яка безпосередньо викликана хворобою, травмою або іншими захворюваннями	Неповносправність - це соціально створена проблема і зовсім не є атрибутом особистості
Потребує медичного лікування, що надається фахівцями у формі індивідуального лікування	Є наслідком сукупності умов і вимагає щоб суспільство внесло зміни у навколишньому середовищі
Потребує медичної допомоги або пристосування особистості щоб «виправити» проблему особи	Визнає, що кожна особа в певний період часу отримує досвід певної неповносправності
Біологічний контекст	Біологічний, психологічний та соціальний контекст
Особистісний контекст	Інтегрує особистісний контекст і контекст оточення
Одновимірний	Багатовимірний
Присутність або відсутність хвороби	Використовує контекст здоров'я
Патологічна мова	Нейтральна мова
Здоров'я на рівні особи	Інтерактивний процес, що триває все життя

### 3. Використання МКФ на індивідуальному, інституційному та громадському рівнях

Індивідуальний рівень	Інституційний рівень	Соціальний рівень
<b>Обстеження осіб</b> Який рівень функціонування особи?	<b>Навчання і тренінги</b>	<b>Щоб визначити критерії відбору для державних програм соціальної допомоги</b> Чи критерії для отримання соц. допомоги по неповносправності базуються на основі доказів, чи відповідають соціальним цілям і чи є вони виправданими?
<b>Для оцінки професійного втручання і терапії</b> Якими є результати терапії?	<b>Планування ресурсів і розвиток</b> Які послуги сфери охорони здоров'я та інші послуги будуть потрібними?	<b>Формування соціальної політики</b> Чи гарантування прав покращить функції на соціальному рівні?
<b>Спілкування серед членів мультидисциплінарної команди сфери охорони здоров'я, працівниками соціальної служби і агенціями</b>	<b>Покращення якості</b> Наскільки добре ми обслуговуємо наших клієнтів?	<b>Оцінка потреб</b> Якими є потреби осіб з різним рівнем неповносправності – вади, обмеження діяльності і обмеження участі?
<b>Для самооцінки, здійсненої споживачами послуг</b> Як би я оцінив/-ла свої спроможності у мобільності?	<b>Менеджмент і результати</b> Наскільки корисними є послуги, які ми надаємо?	<b>Оцінка оточення за з точки зору універсального дизайну</b> Як ми можемо сформувати соціальну сферу і побудувати оточення, таким чином щоб воно було доступним як для осіб з неповносправністю, так і без неповносправності

### 4. Компоненти моделі МКФ щодо функціонування та обмеження життєдіяльності

У МКФ наведено повний та загальновизнаний список понять для опису функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. Зроблено акцент на адаптивно-компенсаторних можливостях організму та важливості максимально залучити пацієнта до суспільного життя.

МКФ є універсальною класифікацією, яку застосовують до всіх людей, а не лише до осіб з обмеженнями життєдіяльності. У ній виділено як різні показники здоров'я, так і показники, пов'язані зі здоров'ям (участь у суспільному житті).

МКФ забезпечує комплексний підхід до здоров'я з біологічної, особистісної та соціальної позицій:

- медичне розв'язання проблем, спричинених хворобою або травмою;
- реалізація пацієнта;

- інтеграція пацієнта у суспільство.

МКФ поділяється на дві частини, кожна з яких має по дві складові:

*Функціонування і обмеження життєдіяльності:*

- функції і структури організму (фізіологічні функції систем організму, включно з психічними функціями, та анатомічні частини організму – органи, кінцівки та їхні сегменти);
- активність і участь (можливість пацієнта виконувати завдання або дії, залучення пацієнта у життєву ситуацію).

*Чинники контексту:*

- чинники навколишнього середовища (фізичні та соціальні обставини, середовище спілкування, де люди живуть або проводять свій час);
- особистісні чинники.

Чинники навколишнього середовища розглядають у взаємозв'язку з іншими складовими МКФ. Вони можуть вплинути як позитивно, так і негативно на адаптацію у суспільстві пацієнта з обмеженнями життєдіяльності.

Особистісні чинники не класифікують в МКФ через соціальні і культурні варіації

Вказані складові взаємодіють між собою і можуть впливати на показники кожної з них (*Схема*).

У моделі МКФ функціонування та обмеження життєдіяльності розуміються як «зонтичні» (всеохоплюючі) терміни. Функціонування та обмеження життєдіяльності є результатом взаємодії між станом здоров'я особи і контекстними факторами.

Функціонування є зонтичним терміном для функцій тіла, структур тіла, діяльності і участі. Позначає позитивні аспекти взаємодії між особою (з певним станом здоров'я) та контекстними факторами цієї особи (навколишнє середовище та особистісні фактори).

Обмеження життєдіяльності є зонтичним терміном для розладів, обмеження активності і обмеження участі. Позначає негативні аспекти взаємодії між особою (з певним станом здоров'я) та контекстними факторами цієї особи (зовнішнє середовище та особистісні фактори).

Інвалідність згідно з МКФ теж є зонтичним терміном для порушень, обмежень активності і обмежень можливої участі.



### Компоненти МКФ

- **Функції тіла** - фізіологічні функції систем організму (у тому числі психологічні функції).
- **Структури тіла** - анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх компоненти.
- **Ураження** - проблеми функцій і структури тіла, такі як істотне відхилення або втрата.
- **Діяльність** - виконання особою завдання або дії.
- **Участь** - участь у життєвій ситуації.
- **Обмеження діяльності** - труднощі, які особа може мати у виконанні діяльності.
- **Обмеження участі** - проблеми, які особа може мати в участі у життєвих ситуаціях.
- **Чинники зовнішнього середовища** - фізичні, соціальні і поведінкові умови, в яких люди живуть. Вони є або перешкодами або сприятливими чинниками для функціонування людини.
- **Контекстуальні фактори зовнішні і внутрішні:**  
Навколишнє середовище – зовнішні: суспільне ставлення, архітектурні характеристики, законні і соціальні структури, ландшафт.

- Особисті якості – внутрішні: Стать, вік, стилі подолання труднощів, походження, освіта, професія, минулий і теперішній досвід.

## 5. Демонстрація застосування компонентів МКФ в клінічних випадках

**Як користуватися МКФ? Розглянемо приклад із практики.**

### **Приклад 1. Клінічний випадок з презентації – слайд 16**

Стан здоров'я  
C4 ASIA C SCI

**Попередній анамнез: гіпертонія, діабет 2-го типу**

#### **Тіло, структури і функції**

- 6/10 біль у правому плечі
- Сила: -правої верхньої кінцівки: плече 2/5; лікоть і зап'ясток  
- лівої верхньої кінцівки 5/5  
- правої нижньої кінцівки 2/5
- Порушення пропріорецепції в колінних та гомілковостопних суглобах з обох сторін

#### **Діяльність**

- FIM 4 мобільність у ліжку • FIM 4 переміщення з положення «наприсядки»
- FIM 6 електричний інвалідний візок • WISCI II (8) **Обмеження діяльності:** зниження незалежності у повсякденному житті; зниження незалежності у пересуванні

#### **Участь**

- батько 2 дітей 6 і 8 років
- менеджер ресторану швидкого харчування
- На вихідні грає в футбол у футбольній лізі

**Обмеження участі:** Неспроможний працювати і грати в футбол

#### **Особисті чинники**

- вік – 35 років
- члени сім'ї хворіли раком, гіпертонія, діабет 2 типу
- носій іспанської мови •
- випускник коледжу
- почуття гумору
- впевнений в собі



## Зовнішнє середовище

- 5 сходинок на вході в будинок
- 5 братів і сестер живуть неподалік

навколишнє середовище на роботі є сприятливим, він повернувся працювати на половину ставки, і готові зробити певні пристосування

### Приклад 2.

Пацієнт з болем та порушенням рухомості в кульшовому суглобі.

Біомедичну та біопсихосоціальну проблеми, в даному випадку, описують згідно, представлених у таблицях кодів МКХ і МКФ.

Мета класифікування:

- ідентифікація проблеми,
- визначення запиту пацієнта,
- планування лікування (медикаментозна терапія/фізична терапія/використання додаткових засобів пересування або ендопротезування/фізична терапія).

Проблеми, описані за МКФ, можна виразити в числовому варіанті та оцінити в динаміці лікування. Як бачимо, значна кількість кодів МКФ, яка може бути використаною у випадку коксартрозом, говорить про те, що у кількох пацієнтів з даною проблемою буде різний ступінь функції, участі і активності, а також, різні завдання реабілітації.

*Слайд з презентації*

## МКХ-10

Первинний код МКХ

M16 Коксартроз

Вторинні коди МКХ

M16.0 Первинний коксартроз, двосторонній  
M16.1 Інший первинний коксартроз  
M16.2 Коксартроз внаслідок дисплазії, двосторонній  
M16.3 Інший диспластичний коксартроз  
M16.4 Посттравматичний коксартроз, двосторонній  
M16.5 Інший посттравматичний коксартроз  
M16.6 Інший вторинний коксартроз, двосторонній  
M16.7 Інший вторинний коксартроз  
M16.9 Коксартроз, не уточнений

## МКФ

Первинні коди МКФ

Функції організму

b28016 Біль в суглобі  
b710 Функція рухомості суглоба

Структура організму

s75001 Кульшовий суглоб  
s7402 М'язи поясу нижньої кінцівки

Активність і участь	d4154 Утримання вертикального положення d4500 Хо́да на короткі дистанції d4501 Хо́да на довгі дистанції
<b>Вторинні коди МКФ</b>	
Функції організму	b7201 Рухомість тазу b7300 Сила окремих м'язів або груп м'язів b7401 Витривалість м'язевих груп b770 Функція стереотипу ходи b7800 Відчуття м'язової жорсткості
Структура організму	s7401 Суглоби поясу нижніх кінцівок
Активність і участь	d4101 Присідання d4103 Перебування в сидячому положенні d4106 Зміщення центру ваги тіла d4350 Поштовхи нижньою кінцівкою d4351 Удари нижніми кінцівками d4502 Прогулянка з наборами висоти d4503 Прогулянки навколо перешкод d4551 Скелелазіння d4552 Біг d4553 Стрибки d4600 Пересування в межах будинку d4601 Пересування в будівлях за межами дому d4602 Пересування за межами дому або іншої будівлі

### МКФ можна застосовувати як:

- статистичний інструмент – для збору та накопичення інформації (наприклад при популяційних дослідженнях, епідеміологічному моніторингу або при створенні інформаційних систем );
- інструмент досліджень – для оцінювання результатів втручань, якості життя або чинників навколишнього середовища;
- клінічний інструмент – для оцінювання потреб, порівняння варіантів терапії, оцінювання професійної придатності, реабілітації та оцінювання результатів втручань;
- інструмент соціальної політики – для планування заходів соціального захисту, компенсаційних систем, їх політики та реалізації.

Впровадження МКФ в Україні дасть змогу застосувати міжнародний інструмент вивчення епідеміології інвалідності та поліпшити взаємодію між усіма учасниками реабілітаційного процесу (пацієнтом, лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, соціальними працівниками). Перевага при використанні МКФ: завдяки проведеній комплексній медико-

соціальній реабілітації активність і участь пацієнта можуть поліпшитися, навіть якщо ступінь порушень залишається без змін.

МКФ є універсальною мовою спеціалістів, які входять до мультидисциплінарної команди. Вона допомагає поліпшити планування реабілітаційних послуг, підвищити взаємодію між учасниками реабілітаційного процесу та сприяє максимальному поверненню індивіда до суспільної взаємодії, враховуючи його запити і можливості, обґрунтовує необхідність використання тих чи тих допоміжних засобів.

### **Література:**

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: МКФ [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898\\_dn\\_20181221\\_2449.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf)
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: Діти та підлітки: МКФ-ДП [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898\\_dn\\_20181221\\_2449.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf)
3. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. Использование Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике // Международный неврологический журнал. — 2011. - №5 (43). - с. 136 - 142.