

## **Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)**

2. Радянська та пострадянська система надання медичних послуг використовувала «медичну» модель, яка розглядає обмеження життєдіяльності як проблему людини, що спричинена хворобою, травмою чи іншим захворюванням. Ця проблема потребує медичного обслуговування у вигляді індивідуального лікування професіоналами. Регулювання питань щодо обмеження життєдіяльності спрямоване на лікування або адаптацію особи та зміни її поведінки.

Основою медичної моделі є Міжнародна класифікація хвороб (International Classification of Diseases, ICD), яка розглядає порушення у вигляді конкретних нозологічних форм, які є причиною для звернення по медичну допомогу. При такому підході увагу зосереджено на лікуванні захворювання і не враховується соціальне середовище пацієнта, його психологічний стан, рівень мотивації тощо.

3. В 50-х роках відбувається відхід від медичної моделі. З'являється розуміння, що здоров'я це «Стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи фізичних вад» (ВООЗ, 1948). Це розуміння вимагає створення нової класифікації вже «Здоров'я» та кардинально змінює підхід до надання реабілітаційних послуг, змінює погляд на ті проблеми, які ми не можемо вирішити.

4. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) була рекомендована для міжнародного використання 54-ю Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 2001 році в якості міжнародного стандарту для опису і вимірювання здоров'я та неповносправності. Цей документ був об'єднаний з системою, яка класифікувала функції та неповносправність дітей та молоді у 2010 році.

5. Модель МКФ – біопсихосоціальна модель. 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.

У попередніх моделях інвалідність є загальним терміном для уражень, обмежень діяльності та обмежень участі. Інвалідність є парасолькою для обмежень, обмежень діяльності та обмежень участі. Згідно з МКФ, функціонування та інвалідність людини вважаються такими, що виникають внаслідок взаємодії між медичними станами та контекстуальними факторами, а саме: факторами навколишнього середовища (наприклад, ставлення громади, доступність навколишнього середовища, відносини з колегами, доступність послуг тощо) та особисті фактори наприклад, вік, стать, цінності, переконання, спосіб життя тощо).

6. МКФ наголошує на здоров'ї і функціонуванні, а не на інвалідності.

МКФ – конструкція, що пропонує повний список понять для опису функціонування людини у суспільстві, незалежно від причин ураження.

МКФ описує не самих людей, а життєві ситуації, в яких вони опинились.

Людина з інвалідністю не є в окремій категорії.

7. Представлена Модель МКФ. З яких компонентів складається МКФ.

Стан здоров'я – це загальний термін для хвороби, розладу, пошкодження чи травми. Він може включати інші обставини, такі як старіння, вагітність, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. А також цей термін може містити інформацію про патогенез або етіологію. Стани здоров'я кодуються за допомогою Міжнародної класифікації хвороб.

В структуру МКФ як фактор здоров'я входять структури та функції тіла, активність, участь і на це впливають фактори навколишнього середовища та особистісні фактори. І цей підхід в певній мірі змінив мислення фізичних терапевтів. Раніше підходи до вирішення проблеми з рухом були спрямовані на структури та функції – наприклад в тебе є контрактура, тебе потрібно її позбавити. Зараз підходять з позиції участі – наскільки ця контрактура впливає на участь пацієнта (приклад плантарна контрактура в спінального пацієнта і контрактура пальця в піаністки).

Потрібно проаналізувати наскільки ми просунемо пацієнта на рівні участі, якщо вирішимо проблему на рівні діяльності, структури або функції.

8. Структура МКФ.

9. Перша частина класифікації «Функціонування і обмеження життєдіяльності»: її компоненти – функції і структури організму; діяльність і участь.

- *Функції організму* (b – Body) – фізіологічні функції систем організму (у тому числі психологічні функції).

- *Структури організму* (s) – анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх компоненти.

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

*Порушення функцій* – проблеми з функціями організму (обмеження діапазону рухів, м'язова слабкість, біль).

*Порушення структур організму* – аномалія, дефект, втрата або інше значне відхилення в структурах організму.

*Порушення класифікують за відповідними категоріями з використанням визначених критеріїв. Ними є: Втрата чи відсутність, Зниження, Збільшення або надлишок, Відхилення.*

- *Активність* (A – Activity) – виконання особою завдання або дії. Зазвичай ідеться про прості щоденні дії.

- *Участь* (P – participation) – це залучення індивіда до життєвої ситуації. Це може бути сукупність декількох активностей, до яких долучаються і інші люди.

Будь-які труднощі, які виникають у функціонуванні особи і пов'язані з цими категоріями, описують терміном «обмеження».

- *Обмеження активності* – труднощі, які особа може мати у виконанні активності.

- *Обмеження участі* – проблеми, які особа може мати у життєвих ситуаціях.

Потрібно зазначити, що виконання кожної активності залежить від стану структур та функцій організму. 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.

10. Друга частина МКФ «Контекстуальні фактори»: її компоненти фактори зовнішнього середовища і особистісні фактори.

- *Фактори зовнішнього середовища (e)* – фізичні, соціальні і поведінкові умови, в яких люди живуть. Вони є або *перешкодами* або *сприятливими чинниками* для функціонування людини. Наприклад соціальні відносини, архітектурні характеристики, правові та соціальні структури, клімат, рельєф і т.д.

- *Особистісні фактори (e)*: внутрішні; наприклад стать, вік, стилі подолання труднощів, соціальне походження, освіта, професія, минулий і теперішній досвід, сімейні традиції і багато іншого.. *Персональні чинники* не класифікуються як інші категорії МКФ.

11. Рівні деталізації МКФ. Частина → компоненти → Компонент складається з різних розділів і, в межах кожного розділу, — з категорій, які є одиницями класифікації. Категорії можуть бути дво-, три- та чотирирівневі. розділи, які є першим рівнем класифікації.

Розділ – однозначний код, другий рівень класифікації – тризначний код, третій рівень – бачимо чотиризначний код. На четвертому рівні класифікації код буде п'ятизначним. Його застосовують лише для структур та функцій організму.

12. Кодування в МКФ. Префікс, цифровий код та кваліфікатор.

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. Загалом, більш детальна версія на чотирьох рівнях призначена для спеціалізованих послуг, тоді як дворівнева класифікація може використовуватися у повсякденній клінічній практиці.

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. Перший кваліфікатор для всіх категорій визначається кількісно з використанням загальної шкали. Відсоткове значення – це діапазон, що визначає порушення, обмеження, проблему чи бар'єр. Цей показник приблизний і його використовують, коли наявні відповідні інструменти оцінки.

13. Щоб описати повний стан здоров'я людини, потрібно використати усі компоненти, а не тільки функції та структури організму. Знаючи, як хвороба впливає на функціонування, можна краще планувати послуги, лікування і реабілітацію осіб з обмеженням можливостей.

МКФ забезпечує основу для ведення документації щодо функцій та неповносправності. МКФ являє собою інструмент для забезпечення уніфікованого підходу в реабілітації, за рахунок чого фахівці різних спеціальностей і з різних медичних установ можуть розуміти один одного.

#### 14. НК 030:2022 Національний класифікатор

##### 15.16. Приклад.

**17. МКФ і реабілітаційний діагноз.** У реабілітації нарівні з клінічним діагнозом, сформульованим за нозологічним принципом з використанням МКХ, використовується реабілітаційний діагноз. На відміну від клінічного діагнозу, який може формулюватися тільки лікарем, в рамках своєї галузі знань і компетенцій, реабілітаційний діагноз повинен бути сформульований всіма фахівцями мультидисциплінарної команди.

Реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта, сформульований у категоріях МКФ, який *відображає всі аспекти функціонування* (функції, структури, діяльність і контекстуальні фактори).

Аналізуючи домени МКФ в реабілітаційному діагнозі можна визначити *потреби пацієнта і скласти на цій основі індивідуальну програму реабілітації*.

**18. Формування цілей** – це перший крок у розробці програми реабілітації (цим відрізняється від системи ЛФК).

Постановка цілей здійснюється разом з пацієнтом та його сім'єю. Під час планування втручань терапевт повинен залучати пацієнта чи його родину до процесу прийняття рішень та з'ясовувати, що вони хочуть досягнути після закінчення терапії. Особисті цінності та вибір пацієнта корегують постановку цілей.

Загалом, цілі можуть стосуватися:

- навчання новим навикам;
- вдосконалення навиків, якими пацієнт вже володіє.

Пацієнт живе на рівні участі. Довготермінові цілі *для пацієнта* повинні бути сфокусовані на рівні **участі** (враховувати діяльність пацієнта в сім'ї та суспільстві, фізичні та соціальні бар'єри, з якими змушений зіштовхуватися пацієнт).

Оцінка реабілітаційного потенціалу проводиться на рівні **структури та функції та на рівні активності**.

Приклад: пацієнт не може ходити, не може піти в магазин та купити собі хліб. Ми маємо провести оцінку ключових м'язів, їхньої сили та визначити слабкі компоненти – рівень структури та функції. Або провести обстеження на рівні активності.

Реабілітаційне втручання може проводитись на рівні **структури та функції** або на рівні активності. Короткотерміновими цілями можуть бути компоненти **активності**.

Приклад: качаємо м'яз, щоб вставати – на рівні функції, тренуємо вставання – на рівні активності, встає з лавочки во дворі – участь.

Цілі можуть змінюватися, на основі прогресу пацієнта або інших соціальних або медичних факторів.

19. Цілі розділяють на короткотермінові та довготермінові

**Довготермінові цілі.** Довготермінові цілі визначають кінцеву точку терапії, фінальний результат, який містить у собі бачення майбутнього, повернення до подальшого навчання та сім'ї, досягнення фінансової незалежності, розвиток власного бізнесу та інше. ~~При досягненні довготермінових цілей пацієнт завершує терапію.~~

- Якщо встановлено нові, більш просунуті довготермінові цілі, терапія може продовжуватися.

**Короткотермінові цілі** (як правило, досягаються за 2-4 тижні).

- Це є кроки, що використовуються для досягнення довготермінової мети
- Вони допомагають сфокусувати реабілітаційне втручання на оволодіння тими навичками, які допоможуть просунути пацієнта на рівні участі.

*Пацієнту можна пояснити моторні навички, які є необхідними для бажаної мети (наприклад, для того, щоб ходити, ми повинні тримати нашу голову, тримати наш тулуб прямо і бути в змозі стояти якийсь час на одній нозі). Якщо це доречно, ви можете запропонувати ці та інші навички як довгострокові цілі. Ви можете пояснити, що коли певні цілі будуть досягнуті, можна працювати над новими цілями, які приближатимуть до мети пацієнта.*

Поставлені завдання за різних обставин можуть бути виправлені чи модифіковані. Завищені завдання продукують розчарування і невиправдовування сподівань, а занижені знижують рівень активності, якій міг бути досягнутий.

20. Цілі реабілітації встановлюються за правилом SMART. Абревіатура розшифровується так:

- S – Specific (конкретна),
- M – Measurable (вимірювальна),
- A – Attainable, Achievable (досяжна),
- R – Relevant (відповідна),
- T – Time-bound (обмежена у часі).

21. **«Конкретність»** (Specific) полягає у чіткому та зрозумілому формулюванні цілі, яке не допускає різного трактування учасниками реабілітаційного процесу, особливо пацієнтом.

Прикладами неконкретної постановки цілей можуть слугувати такі:

- ліквідувати біль у хребті хворого на остеохондроз;
- навчити ходити без допоміжних засобів хворого після травми нижніх кінцівок;
- повернутися до занять спортом хворого після пластики передньої схрещеної зв'язки.

У першому випадку пацієнт може розуміти досягнення цілі як відсутність больових відчуттів без усякого зв'язку із тривалістю та інтенсивністю навантажень. Водночас добре відомо, що фізичні перевантаження (статичні чи динамічні) викликають біль у структурах хребта усіх осіб без винятку.

У другому випадку не визначені якість ходи (нормальна чи патологічна) та середовище (поверхня рівна чи похила; з бар'єрами чи без них; у приміщенні чи назовні). Це допускає різне трактування успішності реабілітації фахівцем та пацієнтом.

Третій приклад неточної постановки цілі можна трактувати як початок індивідуальних тренувань з м'ячем або як момент повернення до повноцінної змагальної діяльності, що потребує суттєво вищого рівня фізичних функцій.

Усі наведені приклади мають спільну рису: у них чітко не окреслено цільовий функціональний рівень пацієнта. Щоб уникнути непорозумінь, фізичний терапевт повинен:

- встановлювати ціль спільно з пацієнтом з урахуванням його потреб та побажань;
- формулювати ціль максимально конкретно і однозначно;
- обов'язково переконатися, що пацієнт розуміє суть цілі.

22. Для **«вимірюваності»** (Measurable) цілі у реабілітації її необхідно описувати цифрами або кількісними показниками:

- біль – бали (візуальна аналогова шкала болю);
- амплітуда руху у суглобі – градуси;
- сила м'язів – кілограми або бали по ММТ;
- швидкість переміщення тіла – метри за секунду;
- показники функціональних тестів – бали.

Вимірювальні цілі **не формулюються** "покращилося ...", "збільшилося ..." або "сильніше ...". Без вимірності складно оцінити динаміку та визначити момент досягнення цілі.

23. **«Досяжність»** (Attainable, Achievable) пов'язана з реабілітаційним прогнозом.

Критерій **«відповідності»** (Relevant) полягає в узгодженні цілей із стратегічними цілями реабілітаційного процесу (на рівні участі). Якщо досягнення цілі не пришвидшить досягнення мети реабілітації, то таку ціль не можна вважати відповідною. І, навпаки: досягнення кожної відповідної цілі приносить користь для функціонування і наближає мету реабілітації. Розуміння відповідності цілі мотивує пацієнта.

Критерій **«визначеність у часі»** (Time-bound) передбачає встановлення конкретних термінів досягнення, або часових рамок. Перевищення ліміту часу свідчить про недосягнення цілі.

24. **Прикладами довгострокових цілей** може бути: пацієнт через 3 місяці повертається на колишню роботу; пацієнт через 6 місяців самостійний у побуті; через рік пацієнт вміє читати і писати.

25. **Короткострокові цілі** можуть виглядати так: пацієнт через 7 днів може самостійно пройти 10 метрів, використовуючи ходунки, без допомоги асистента; пацієнт через 7 днів може сказати прості фрази, необхідні для вираження основних потреб; через 7 днів пацієнт може самостійно одягнути сорочку.

Короткотермінові цілі можуть стосуватися порушень тіла, структур і функцій, виявленими при проведенні оцінки, але всі цілі повинні бути спрямовані на компенсацію уражень, що обмежують здатність пацієнта досягнути довготермінову ціль.

26. Іноді для терапевта і пацієнта корисно визначити, які **чинники можуть обмежити** досягнення мети:

- Слабкість або нестача руху, що швидше всього не покращиться (у верхній кінцівці відсутні добровільні рухи після інсульту, травма спинного мозку ASIA A і ASIA B).
- Порушення селективного довільного моторного контролю (SCAIE)
- Деформація, яка не піддається терапії (контрактура, невідповідна довжина ноги)

- Когнітивна або розумова неповносправність
- Мотивація

Деякі з них можуть бути вирішені терапією (контрактури можуть бути зменшені), деякі потребують пристосування (підйом може компенсувати невідповідну довжину ноги; діяльність може бути модифікована з урахуванням порушення селективного довільного моторного контролю), а деякі призведуть до недосяжності мети (якщо пацієнт не має мотивації для виконання завдання, навряд чи ціль буде досягнута).

27. Іноді цілі, озвучені пацієнтом або його родиною, не є реалістичними, оскільки пацієнт не має фізичної або інтелектуальної здатності досягнути мети (поганий селективний довільний моторний контроль або нездатність слідувати вказівкам для терапії на основі завдань).

Не існує науки, яка розкриває, як розмовляти з кимось, чії цілі є нереалістичними. Як і в інших ситуаціях, пов'язаних з особистими переконаннями і емоційним наповненням, найкраща поведінка включатиме доброту, терпіння і співчуття. Нижче пропонуються деякі принципи поведінки:

- Слухайте – усі пацієнти заслуговують поваги і того, щоб їхні ідеї були вислухані.
- Дайте об'єктивну інформацію про те, чому мета не є обґрунтованою. Використовуйте терміни і поняття, які пацієнт (або член сім'ї) може зрозуміти. Наприклад, якщо батьки хотіли би, щоб дитина ходила, а дитина не може сидіти самостійно або має поганий контроль голови, ви можете пояснити, що для ходи будь-кого необхідно вміти тримати голову.

Індивідуальна програма реабілітації – це комплекс реабілітаційних заходів, що здійснюється фахівцями МДК, має спільну мету і узгоджений регламент реабілітаційних інтервенцій. Кожен домен МКФ в реабілітаційному діагнозі має бути пов'язаний з конкретною технологією реабілітації та відповідальним учасником МДК. Реабілітаційне завдання може бути встановлене для самого пацієнта, або особи, що його доглядає.

Одною з головних цілей для пацієнта і сім'ї стосовно мобільності – це хода пішки чи використання колісного пристрою для мобільності. Нижче наведено стандартизований спосіб опису мобільності пацієнта. Ці терміни можуть бути використані як довго- або короткотермінові цілі, або для опису існуючої функції пацієнта. Ці рівні не беруть до уваги певні типи допоміжних пристроїв (тростини, милиці, ходунки або гомілковостопні ортези), які використовує пацієнт.

Шкала для опису відстані, яку можуть долати пацієнти

- Прогулянки в громаді без обмежень
- Йде вгору і вниз по сходах і пандусах
- Може пройти принаймні 400 м
- Прогулянки в громаді з обмеженнями
- Потребує допомоги на сходах, або не має витривалості пройти 400м
- Хода вдома без обмежень
- Хода вдома з обмеженнями
- Хода тільки як заняття

Приклад застосування МКФ



**Відновлення до цього часу:** пацієнт був на терапії протягом двох тижнів, і здійснив прогрес від залежності від максимальної допомоги до мінімальної допомоги у мобільності на ліжку, середнє збільшення міцності та витривалості. Покращилася міцність м'язів тулуба пацієнта від «слабкої» до «досить доброї» (3/5 за Шкалою м'язів верхніх кінцівок) та біль у правому плечі знизився з 10/10 до 6/10.

**Теперішня презентація пацієнта:** для покращення стану пацієнта потрібно

- Зменшення залежності від сторонньої допомоги у повсякденному житті (мобільність на ліжку, переміщення, одягання, ванна)
- Починає ходити; потребує ортопедичного обстеження
- Буде потрібна допомога сім'ї, щоб ходити в межах дому
- Адаптаційне обладнання включає: пандус і надлегкий інвалідний візок.
- Оцінка навколишнього середовища на роботі

**Терапія включає:**

- Активні вправи на діапазон руху нижніх кінцівок
- Активні допоміжні вправи на діапазон руху верхніх кінцівок
- Зміцнення всього тіла
- Тренування мобільності на ліжку і переміщення

- Рама-стояк і ходіння з підтримкою тіла над поверхнею.
- Навчальні заняття для пацієнта і його сім'ї

**План на сьогодні:**

- Обстеження для визначення відповідної фіксації правої ноги
- Тестування м'язів правої нижньої кінцівки (стегна, розгиначів колінного суглоба, щиколотки і гомілковостопного суглоба)
- Випробування електричної стимуляції на правому плечі, щоб зменшити підвивих плеча і збільшити силу чотириголового м'яза у правій нижній кінцівці і гомілковостопного суглоба.

**Резюме:** У цій моделі пацієнт – молодий батько, метою якого є ходити і повернутися до роботи. Щоб увійти у свій будинок, йому потрібно піднятися по сходах. Його обмеження в структурі і функціях тіла включають біль у правому плечі і зменшену силу обох верхніх кінцівок і правої нижньої кінцівки. У нього також понижена пропріорецепція в обох нижніх кінцівках. Терапевт вирішив обстежити силу ключових м'язів, які беруть участь у ходінні, для того, щоб визначити необхідні відповідні ортопедичні засоби, та провести пробну електричну стимуляцію, щоб зменшити біль у правому плечі і збільшити силу, як правої верхньої кінцівки та правої нижньої кінцівки, щоб поліпшити функціональні результати, включаючи здатність ходити і мету пацієнту – повернення на роботу.