

Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю

Макарова Е.В.

Львівський державний університет фізичної культури

Анотації:

Мета: обґрунтувати необхідність застосування основних положень міжнародних класифікацій у визначенні стану здоров'я з метою вдосконалення і підвищення ефективності реабілітації людей з обмеженими можливостями. **Матеріал:** проаналізовано більше 50 джерел спеціальної літератури та міжнародних документів з основних положень міжнародних класифікацій. **Результати:** проведено ґрунтовний аналіз змісту міжнародних класифікацій. Науково обґрунтовано необхідність їх застосування у практиці фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. Визначено важливі питання щодо методико-теоретичного забезпечення, визначення мети і завдань окремих видів реабілітації для осіб з інвалідністю. Предметом дискусії залишаються питання щодо критеріїв оцінювання життєдіяльності та здоров'я людини, самої структури реабілітаційного процесу. Окреслені наукові та методологічні підстави щодо формування нового сучасного інструментарію визначення станів здоров'я людини, що виникають при інвалідності. Принципи, що закладені у міжнародних класифікаціях, відображають цілі та завдання реабілітації, зокрема фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. **Висновки:** наведені класифікації можна ефективно використовувати у процесі оцінювання рівня життєдіяльності та здоров'я людини, а також самої структури реабілітаційного процесу. Застосування окремих елементів міжнародних класифікацій суттєво збільшить ефективність надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю та удосконалив методологічні підходи щодо використання фізичної реабілітації.

Макарова Э.В. Основные положения международных классификаций как критерии оценки состояния здоровья в реабилитации лиц с инвалидностью. **Цель:** обосновать необходимость использования основных положений международных классификаций с целью определения состояния здоровья, совершенствования и повышения эффективности реабилитации лиц с инвалидностью. **Материал:** проанализировано более 50 источников специальной литературы и международных документов по основным положениям международных классификаций. **Результаты:** проведен обстоятельный анализ содержания международных классификаций. Научно обоснована необходимость их применения в практике физической реабилитации лиц с инвалидностью. Определены важные вопросы методико-теоретического обеспечения, определены цели и задачи отдельных видов реабилитации для лиц с инвалидностью. Предметом дискуссии остаются вопросы относительно критериев оценки жизнедеятельности и здоровья человека, самой структуры реабилитационного процесса. На современном этапе существует научная и методологическая база формирования нового современного инструментария для определения состояний здоровья человека, возникающих при инвалидности. Принципы, заложенные в международных классификациях, отражают цели и задачи реабилитации, в частности физической реабилитации лиц с инвалидностью. **Выводы:** приведенные классификации с успехом можно эффективно использовать в процессе оценки уровня жизнедеятельности и здоровья человека, а также самой структуры реабилитационного процесса. Применение отдельных элементов международных классификаций существенно повысит эффективность оказания реабилитационной помощи лицам с инвалидностью и усовершенствует методологические подходы к использованию физической реабилитации.

Makarova E.V. Basic provisions of international classifications as criteria for evaluating the health status of rehabilitation of persons with disabilities. **Purpose:** to justify the need for the use of the main provisions of international classifications to determine the state of health improved and effective rehabilitation of persons with disabilities. **Material:** analyzed more than 50 sources of literature and international instruments on the main provisions of international classifications. **Results:** conducted a thorough analysis of the content of international classifications. Scientifically substantiated the need for their use in the practice of physical rehabilitation of persons with disabilities. Identify important issues methodically theoretical security goals and objectives of certain types of rehabilitation for persons with disabilities. Subject of discussion questions remain concerning the evaluation criteria of life and human health, the very structure of the rehabilitation process. At the present stage there is scientific and methodological basis of the formation of a new modern tools for determining the conditions of human health arising from the disability. The principles laid down in the international classifications reflect the goals and objectives of rehabilitation, in particular physical rehabilitation of persons with disabilities. **Conclusions:** these classifications can be successfully used effectively in the process of assessing the level of life and human health, as well as the very structure of the rehabilitation process. Use of certain elements of the international classifications significantly increase efficiency in the provision of rehabilitation assistance to persons with disabilities and improve the methodological approaches to the use of physical rehabilitation.

Ключові слова:

здоров'я, реабілітація, інвалідність, обмеження, життєдіяльність, соціальна, недостатність, класифікація

здоровье, реабилитация, инвалидность, ограничения, жизнедеятельности, социальная, недостаточность, классификация.

health, rehabilitation, disability, limitations, vital activity, social, insufficiency, classification.

Вступ.

В останні роки розробка і прийняття цілої низки законів в Україні спонукали до дії нові схеми вирішення проблем інвалідності, якими окреслюється необхідність створення умов, що надають можливість особам з інвалідністю ефективно реалізувати права й свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями і інтересами. Упродовж останніх років Україна проводить послідовну політику переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності. Переорієнтація пріоритетів у ставленні до інвалідів призвела до удосконалення механізмів їх соціального захисту, у тому числі можливості працевлаштування, навчан-

ня, пенсійного забезпечення, пересування, спілкування, формування власного почуття гідності [2, 12, 15]. Значних змін зазнали підходи щодо реабілітації осіб з інвалідністю. Дослідженнями фахівців, в останні десятиліття доведено доцільність та необхідність застосування для даної категорії населення лікувально-оздоровчих та корекційно-відновлювальних заходів із диференційованим застосуванням різних видів реабілітації [2, 3, 4, 14]. Але на даний час залишаються невирішеними чисельна кількість питань щодо розвитку реабілітації інвалідів, як соціально та гуманістично, суспільно та індивідуально значимої державної практики. Так, важливими є питання щодо методико-теоретичного забезпечення, визначення мети і завдань окремих видів реабілітації для осіб з інвалідністю.

© Макарова Е.В., 2014

doi: 10.6084/m9.figshare.971031

Предметом дискусії залишаються питання щодо критеріїв оцінювання життєдіяльності та здоров'я людини, самої структури реабілітаційного процесу тощо. Не зважаючи на суворі вимоги до цілісності процесу реабілітації, останній являє собою сукупність відносно відокремлених і структурованих елементів, які можуть бути відокремлені один від одного в просторі або в часі і досі залишаються не з'ясованими питання щодо значущості та необхідної кількості окремих складових, їх ролі і місця у запропонованих реабілітаційних програмах. Відмічаючи велике наукове і практичне значення розглянутих праць вітчизняних і зарубіжних учених, доцільно зауважити, що проблеми формування ефективної системи реабілітації особам з інвалідністю ще недостатньо досліджені у теоретико-методологічному і практично-прикладному аспектах. Поза увагою дослідників залишилося визначення концептуальних підходів та технологічних рішень, щодо оцінювання біопсихосоціального стану осіб з інвалідністю та відповідного диференційованого застосування засобів і методів фізичної реабілітації.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження – обґрунтувати необхідність використання основних положень міжнародних класифікацій щодо визначення стану здоров'я та вдосконалення і підвищення ефективності реабілітації осіб з інвалідністю.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі спеціальної літератури і документів. Застосовуються соціальні методи: аналізу, синтезу та узагальнення; порівняння й аналогії.

Результати дослідження.

У таких міжнародних документах, як «Декларація прав людини», «Декларація прав інвалідів», «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів» ООН зрівняла права здорової людини та інваліда. В цих документах всесвітня спільнота висловила бажання максимально інтегрувати не повно справних осіб у суспільство та включити їх до доступної їм суспільно корисної праці, були уточнені тлумачення різних термінів та понять відносно інвалідів, у тому числі поняття «інвалідність» та «непрацездатність». У 1980 році комітет експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначився відносно медичної реабілітації. Наряду з цим, у цьому ж році ВООЗ підготувала «Керівництво щодо класифікації наслідків хвороби», яке було апробовано в багатьох країнах світу. Після проведеної апробації була підготовлена «International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps», «Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності» (МКН) та схвалена X Міжнародною конференцією перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) у 1989 році [9, 10]. МКН фактично представляє собою тривимірну модель концептуалізації функціональних обмежень та функціонування. Відповідно до МКН існують три аспекти наслідків хвороби: матеріалізація патологічного процесу – порушення, або ушкодження (Impairment);

прояви, об'єктивізація патологічного процесу – обмеження життєдіяльності (Disability); «соціалізація» порушень та обмежень життєдіяльності – соціальна недостатність, або дизадаптація (Handicap). МКН тлумачить соціальну недостатність як таку ваду індивіда, що виходить із порушення або обмеження життєдіяльності, через які людина може виконувати лише обмежену, або зовсім не може виконувати звичайну для неї роль у житті суспільства (залежно від віку, статі, соціального та культурного становища). Виділяються такі важливі аспекти цього поняття. Індивід, або оточення, до якого він належить, надають значення тим відхиленням від норми, які виявлені в анатомічній структурі, функції чи характері діяльності. Оцінка цих відхилень залежить від культурних норм, так що людина може проявляти соціальну недостатність в одній групі та не проявляти її в інших, зважаючи на час, місце, становище та роль індивіда. В МКН відбито класи наслідків хронічних захворювань та інвалідності (табл. 1.).

Для впровадження МКН в практику реабілітаційної допомоги населенню в різних країнах при ВООЗ було створено Комітет експертів, фахівці якого суть проблеми бачили у декількох напрямках [9, 10]. За зрозумілих причин при наданні допомоги хворим увага зосереджена на гострих захворюваннях, до яких відносять такі що завершуються одужанням, збереженням структур і функцій організму хворої людини та її дієздатності і залишаючи організм не порушують статусу особистості й основ життєдіяльності людини, систему його цінностей і способів її досягнення. Відповідно, лікар в значній мірі звільняється від спостережень за колишнім пацієнтом, а пацієнт від лікарських послуг. Інша справа – хвороби хронічні, поширеність яких серед населення зростає у всіх країнах світу. При хронічних формах захворювань, як і при інвалідності, у людині змінюється: стан його організму, коли виникає морфологічний і функціональний дефіцит; здібності до життєдіяльності, що визначають його розвиток як особистості.

МКН розцінюється як «ключ до раціонального управління хронічною хворобою та інвалідністю». Відношення між хворобою – патологічним процесом, що відбувається в організмі і його наслідками досить складні. У відгуках Комісії експертів ВООЗ навіть висловлювалася думка щодо принципової неможливості класифікувати настільки складне явище. Але вдається досить обґрунтовано із позиції наук про людину – «організм-індивідуум-особистість» – класифікувати всі наслідки за рівнями, що відбивають сутність людської природи: на рівні біологічному (організм), на рівні психологічному (індивідуум) і соціальному (особистість). Це три основні класи наслідків хронічних захворювань та інвалідності, які відбито в «Міжнародній номенклатурі порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності».

Зв'язки між різними елементами всередині кожного класу наслідків і між елементами різних класів є дійсно складними. Однак саме виявлення цих

Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКН)

Класи післядії захворювань та травм		
Післядія, що визначається на рівня організму	Післядія, що визначається на рівня індивідууму	Післядія, що визначається на рівня особистості
Порушення структур і функцій організму 1) розумові 2) інші психічні 3) мовні та речові 4) слухові й вестибулярні 5) зорові 6) вісцеральні та метаболічні 7) рухові 8) які спотворюють 9) загального характеру	Лімітування життєдіяльності та зниження працездатності, але можливе: 1) адекватно себе поводити 2) спілкуватися з оточуючими 3) виконувати рухи 4) рухати верхніми кінцівками 5) володіти тілом 6) забезпечувати себе 7) ситуаційне зниження працездатності 8) володіти спеціальними навичками	Соціальна недостатність, що обумовлена недієздатністю до: 1) фізичної незалежності 2) мобільності 3) занять звичайною діяльністю 4) оволодіння освітою 5) професійної діяльності 6) економічної самодостатності 7) інтеграції до суспільства

зв'язків з метою впливу на них в напрямку покращення здоров'я, подолання обмежень життєдіяльності і являє собою завдання відновлювального лікування та реабілітації. Хвороби як і їхні наслідки не можна розглядати лише прямолінійно, або від захворювання до порушень, обмежень, недостатності. Має місце і зворотній хід подій, коли соціальне неблагополуччя призводить до обмежень життєдіяльності, і відповідно функціональним порушенням й захворюванням. Можливим є порочне коло, коли один або декілька ланцюгів є вирішальними як щодо наслідків захворювання, так і в посиленні клініки самої хвороби або розвитку нової.

Також на сьогодні є проблеми із визначенням понять, що відбивають сутність наслідків захворювань, суттєве значення має адекватна термінологія. МКН була викладена як документ ВООЗ на англійській і французькій мові; і в країнах де МКН було прийнято, було використано її переклад, коли не завжди визначається автентичність термінів, що характеризують класи наслідків. Із цим безпосередньо пов'язана і технологія оцінки вимірів, кількісних, точних визначень, того стану, який є тим чи іншим наслідком захворювання. На наш погляд, слід розрізняти поняття «порушення функцій», «обмеженість життєдіяльності», «соціальна недостатність», коли чітко, ясне визначення наданих понять і разом з тим повноцінне виявлення відповідних наслідків захворювань має важливе юридичне значення. Воно пов'язане із виникненням у практиці необхідності юридичної оцінки рівня «виведення з ладу», «disablement» (відповідно МКН) – фізичного, психологічного і соціального збитку, як наслідку причин, що призвели до захворювання, та самою хворобою. Адекватність термінології номенклатури, узгоджене розуміння термінів є важливим щодо організації реабілітаційного процесу та розвитку його наукової методології на засаді міжнародної співпраці.

Згідно з МКН єдина концепція наслідків хвороби зводиться до наступного. В організмі людини з'являються деякі відхилення від норми як при на-

родженні так і набуті пізніше. Різноманітні екзо- та ендогенні етіологічні чинники впливають на людину і надають початок функціональним та структурним сано- та патологічним змінам організму. Патологічні зміни можуть проявлятися та не проявлятися. Патологічні зміни, що проявляються, трактують як «симптоми та ознаки», та є компонентами клінічного перебігу хвороби. Вищенаведені дані свідчать на те, що хвороба являє собою наступну послідовність: етіологія - патологія - прояви.

Розрізняють «клінічний стан», або усвідомлення індивідуумом проявів хвороби та порушення, або розлади на органному рівні. В залежності від проявів та порушень, що виникають внаслідок хвороби, може змінюватися діяльність і поведінка людини, тобто виникає зниження життєдіяльності, у тому числі і порушення працездатності. Хвороба призводить до зниження життєвих функцій, функціональної діяльності та активності індивідуума і, як наслідок – розладів на рівні особистості. Коли хвороба викликає порушення та зниження життєдіяльності індивідуума, вона набуває соціального характеру і призводить до соціальної недостатності людини [6].

Виділяють наступні наслідки хвороби: порушення – матеріалізація патологічного процесу, обмеження життєдіяльності (ОЖ) – прояви та об'єктивізація патологічного процесу і соціальна недостатність (деадаптація) – соціалізація порушень та ОЖ особи.

В оцінці здоров'я порушення – це будь-яка втрата або аномалія психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або фізіологічної функції, є відхиленням від норми у біологічному стані індивідуума, і визначення характеристик цього стану надається лікарями, які можуть зробити висновки щодо відхилення при виконанні фізичних та розумових функцій, зіставляючи їх із загальноновизначеними нормативами [13].

МКН рекомендує дев'ять основних розділів порушень (див. табл. 1.), що характеризуються втратою або відхиленням від норми фізіологічних функцій організму та які можуть бути тимчасовими або постійними. До порушень відносять аномалії, дефект

чи втрату кінцівки, органу, тканини або інших частин тіла; дефект у функціонуванні системи чи механізмі, в тому числі розумової діяльності.

Звичайна діяльність людини – це інтеграція психологічних (психічних), фізичних та соціальних функцій, що функціонують як єдина система. ОЖ – це будь-яке обмеження або відсутність внаслідок порушення (недоліку) здатності здійснювати діяльність у межах, що є нормальними для людини відповідно віку й статі, є сполучним ланцюгом між порушенням та соціальною недостатністю, відноситься до складних або інтегрованих видів діяльності, що є звичайними для індивідуума, таких як поведінка виконання різних завдань, володіння навичками тощо. ОЖ, як порушення, може бути тимчасовим або постійним, оборотним або необоротним, а також прогресуючим, чи таким, що регресує. ОЖ може бути також як психологічна реакція на фізичне, сенсорне та інше порушення. ОЖ у повсякденному житті зводиться до утруднення існування та діяльності індивідуума. У відповідності з МКН до ОЖ відносять здатність: до самообслуговування, а саме спроможність підтримувати первинне, ефективне, незалежне від інших осіб існування, у тому числі функції особистого догляду за собою та іншу повсякденну діяльність, навички особистої гігієни; до самостійного пересування, або спроможність самостійно переміщуватися у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в межах побутової, громадської та професійної діяльності; до навчання, що являє собою здатність до сприйняття та викладення знань (загальноосвітніх, професійних тощо), володіння навичками та вміннями (соціальними, культурними, побутовими); до трудової діяльності, що є спроможністю здійснювати діяльність відповідно до вимог, до змісту, обсягу та умов виконання роботи; до орієнтації, що є здатністю людини самостійно орієнтуватися у навколишньому оточенні, сприймати і аналізувати свій стан і відповідно реагувати на його зміни; до спілкування, або спроможності встановлення контактів з людьми, підтримання звичних громадських стосунків шляхом сприйняття, переробки та передачі інформації; до контролю своєї поведінки, що являє собою можливість бути свідомим та спроможним адекватно поводити себе у повсякденному житті та по відношенню до оточуючих, адекватно реагувати з урахуванням соціально-правових норм [9].

Соціальна недостатність (дезадаптація) є соціалізацією порушення або обмеження життєдіяльності внаслідок того чи іншого відхилення в стані здоров'я, що виникає через неспроможність індивідуума відповідати сподіванням або прийнятним громадським нормам в тій чи іншій групі людей або в суспільстві. У людини з соціальною недостатністю виникає порушення здатності відігравати так звані «життєві ролі» (критерії виживання), а також виникає надмірна залежність від медичних та соціальних установ [2, 15].

Враховуючи що соціальна недостатність виникає внаслідок порушення або ОЖ, людина може виконувати лише обмежену роль у житті суспільства, або

зовсім не може виконувати ніякої ролі. Поняття соціальна недостатність включає до себе три аспекти: надання певного значення самим індивідуумом або його оточенням відхиленням від норми, що мають місце в анатомічній структурі, функції або в характері діяльності; врахування часу, місця, становища та ролі індивідуума, де оцінка відхилень знаходиться в залежності від культурних норм групи або суспільства, та в зв'язку з чим людина може проявляти соціальну недостатність в одній групі але не проявляти її в інших; поява в групі індивідуума із відхиленнями від норми в стані здоров'я супроводжується оцінкою не на його користь [1, 16].

У відповідності до МКН (див. табл. 1.), розрізняють соціальну недостатність (дезадаптацію) внаслідок обмеження фізичної незалежності, мобільності, здатності займатися звичайною діяльністю, здатності до отримання освіти, здатності до професійної діяльності, економічної самостійності, здатності до інтеграції у суспільство.

Як приклад можна навести характерні прояви соціальної недостатності, що виникають через обмеження здібності до отримання освіти: нормальна освіта; переривчаста освіта, коли навчальний процес переривається перебуванням у лікарні; звільнення від деяких видів діяльності (не можливість участі у деяких видах навчання або професійної підготовки, нормальна, але зі скороченим навчальним днем або тижнем); освіта чи професійна підготовка із використанням допоміжних засобів, технічної допомоги; освіта і професійна підготовка, яка включає комбінації звичайних методів навчання протягом певного часу і спеціальних технічних прийомів; освіта і професійна підготовка можливі при використанні спеціальних технічних прийомів; неможливість освіти.

У літературі має місце чисельна кількість праць, в яких зроблені спроби класифікації ОЖ в залежності від важкості їх порушень. Так, наприклад, Л.С. Гиткина та ін. [4] розподілили ОЖ в залежності від їх важкості на 5 функціональних класів: легке, помірне, значне, різко виразне і повне порушення. Інші поділяють погляд, що більш кращою є 3-ступенева градація ступеня виразності важкості ОЖ. У багатьох країнах світу МКН була прийнята як високоякісний інструмент організації діяльності держави, в різних, самих конкретних галузях збереження здоров'я і життєзабезпечення населення. Так, наприклад у Франції завдяки застосуванню МКН було досягнуто більш високі результати, ніж було раніше, при вирішенні проблем, пов'язаних з адресним розподілом соціальної допомоги. У Німеччині та Нідерландах МКН застосовано при оцінці працездатності хворих та інвалідів, в Бельгії та Італії – при розширенні комунікативних умов життя інвалідів, у Швейцарії – при вирішенні питань страхування здоров'я. Однак і в цих, і в багатьох інших країнах (США, Іспанія, Канада, Великобританія, Китай, тощо) признано більш широке значення даної міжнародної класифікації [1]. Як приклад можна навести використання МКН у Росії, де надана класифікація

була сприйнята, головним чином, як концептуальний стандарт щодо вирішення проблем інвалідів. На наданій основі, із застосуванням передового світового досвіду, було оновлено державну систему Росії щодо надання реабілітаційної допомоги особам, які мають стійку втрату працездатності. В Росії служба лікарсько-трудової експертизи, що головним чином оцінювала стан працездатності осіб, трансформувалася до служби медико-соціальної експертизи, органічно зливаючись разом зі службою реабілітації до єдиної державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. У 1991 році в Росії принципи МКН в оцінці стійких наслідків хвороб і травм були покладені в основу визначення інвалідності у дітей при здійсненні медико-соціальної експертизи. Пізніше в 1997 р. цей підхід до визначення інвалідності було поширено і на доросле населення країни [1, 8].

На думку багатьох фахівців, у тому числі й експертів ВООЗ, МКН, рекомендована ВООЗ світовій спільноті та опублікована в 1980 році потребувала доповнень. Перш за все, це було пов'язано з тим, що в ній не розкривалася роль соціального та фізичного навколишнього середовища, як у формуванні наслідків захворювань, так і в їх подоланні. Цей факт розглядається як перевага суто медичного підходу щодо проблеми виведення з ладу (medicalization of disablement). За необхідне має бути детальне визначення всіх зовнішніх по відношенню до організму і особистості людини природних і культурних (соціальних, господарсько-економічних) умов виникнення та розвитку, й одночасно подолання всієї сукупності наслідків захворювань. Крім того МКН 1980 відбивала і оцінювала, головним чином, наслідки хвороби, коли завжди мають місце характер руйнувань і «виведення

з ладу». Однак оцінка стану хворого та/або інваліда, а також визначення його реабілітаційного потенціалу потребує визначення ступеню збереження резервів відновлення або компенсації порушень й обмежень, які мають місце на даний момент, та оцінки індивідуальної гідності людини-особистості.

У 2001 р. 54-а Всесвітня асамблея охорони здоров'я після зміни стратегії медичного підходу до соціального напрямку за результатом довготривалих випробувань прийняла «Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я» (МКФ), яку на жаль, як і МКН, не адаптовано до умов України та навіть не переведено на українську мову. Матеріали МКФ було перекладено на російську мову та адаптовано в Санкт-Петербурзькому інституті вдосконалення лікарів-експертів [7]; НДІ соціальної гігієни, економіки і управління охороною здоров'я ім. М.А. Семашко РАМН [10]. На розповсюдження та адаптацію МКФ (2001) потрібно офіційний дозвіл ВООЗ, в зв'язку з цим при викладенні даних стосовно цієї класифікації нами використано матеріали М.В. Коробова та співавт., [17], та дані А.В. Іпатова, О.В. Сергієні та Т.Г. Войтчак [5, 11, 12].

Суттєвою відмінністю нової класифікації від раніше прийнятої є те, що вона розглядає у нерозривній єдності такі стани і процеси, як: здоров'я, хвороба, подальший тривалий перебіг структурних порушень та функцій організму, а також потребу у відповідних реабілітаційних заходах [17, 19, 20, 23]. В МКФ відзначається, що поняття «здоров'я» фактично включає всі аспекти життя людини (фізичний, психічний і соціальний), які займають певне інформаційне поле, яке в свою чергу розподіляється на окремі елементи, що

Таблиця 2

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ)

Складові	Частина 1: Функціонування і обмеження життєдіяльності		Частина 2: Контекстові фактори	
	Функції і структури організму	Активність і участь	Чинники навколишнього середовища	Особистісні чинники
Домени	Функції організму Структури організму	Сфери життєдіяльності (задачі, дії)	Зовнішній вплив на функціонування і обмеження життєдіяльності	Внутрішній вплив на функціонування і обмеження життєдіяльності
Параметри	Зміни функцій організму (фізіологічні) Зміни структури організму (анатомічні)	Потенційна здатність виконання задачі у стандартних умовах. Реалізація виконання задачі в реальній життєвій ситуації	Вплив фізичного, соціального середовища, світу відносин та установок, що полегшує або ускладнює	Вплив особистісних якостей
Позитивний аспект	Функціональна і структурна цілісність	Активна участь	Чинники, що полегшують	Не використовується
Негативний аспект	Порушення. Обмеження життєдіяльності	Обмеження активності. Обмеження можливості до участі	Чинники, що перешкоджають (бар'єри)	Не використовується

носять назву домени здоров'я та домени, які пов'язано зі здоров'ям (табл. 2.).

У прийнятій класифікації домени утримують інформацію, яка найбільш повно відбиває функціонування індивідуума на фізіологічному, психічному (особистісному) і соціальному рівнях. В МКФ внесені нові якості стану життєдіяльності, а саме «активність» та «участь», в яких «групується зниження або втрати будь-яких здібностей на рівні особистісних можливостей, на рівні реалізації цих можливостей у суспільному житті за допомогою будь-яких підтримуючих заходів або в звичайних для індивіда умовах життєдіяльності» [5, 21].

Поряд з цим деталізовано домени, що відбивають стан функцій і структур організму, а такі якості, як активність і участь, описано при всіх аспектах життєдіяльності. Крім цього, всі домени МКФ наведено як в позитивному так і в негативному аспектах. ОЖ оцінюються за 5-бальною шкалою: від 0% (відсутність будь-яких проблем) до 96-100 % (виразні обмеження). У прийнятій класифікації введено узагальнене поняття ОЖ різних видів функціонування людини на фізіологічному, індивідуальному і соціальному рівнях, яке включає порушення структур та функцій організму, обмеження активності людини та обмеження її можливості участі в житті суспільства. Визначення за результатом обстеження ОЖ індивідуума надає можливість визначити отриману інформацію у вигляді певних кодів (у відповідності до кодів МКХ-10). Але кодування такої інформації набуває значення лише в тих випадках, коли визначено ОЖ (негативні аспекти індивідуума з урахуванням ступеня тяжкості порушень різних видів функціонування людини).

Для кращого користування класифікацією введено загальний уніфікований визначник негативної шкали тяжкості порушень. У МКФ викладена система визначення тяжкості обмежень активності і обмеження можливості участі у суспільному житті та її використання при складанні індивідуальної програми реабілітації [22, 23, 24, 25, 26, 27], вона є класифікацією здоров'я і всіх обставин, що пов'язані зі здоров'ям людини, в якій реалізуються «Стандартні правила зі створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності», і на основі її використання можливо реально зрівняти в правах здорових і неповносправних осіб.

Висновки.

Таким чином аналіз і узагальнення даних спеціальної літератури, міжнародних класифікацій та інструктивно-методичних рекомендацій свідчать про формування нового сучасного інструментарію щодо визначення таких станів здоров'я людини, що виникають після хронічних форм захворювань і при інвалідності. Принципи, що закладені у міжнародних класифікаціях МКН і МКФ, відображають цілі та завдання реабілітації, зокрема фізичної реабілітації осіб з хронічних формами захворювань і осіб з інвалідністю. Наведені класифікації з успіхом можна ефективно використовувати у процесі оцінювання рівня життєдіяльності та здоров'я людини, а також самої структури реабілітаційного процесу. Застосування окремих елементів МКН і МКФ суттєво підвищить ефективність надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю та удосконалить методологічні підходи щодо використання фізичної реабілітації.

Література:

1. Аухадеев Э.И. Развитие методологических основ реабилитологии / Э.И. Аухадеев // Журнал РАСМИРБИ. – 2007. – 1(21). – С. 48-55.
2. Вяхякупус Е. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями сенсорной, двигательной и интеллектуальной сферы: учеб.-метод. комплекс / Е. Вяхякупус, В.З. Кантор – М.: Папирус. – 2009. – 304 с.
3. Генш Н.А. Справочник по реабилитации / Н.А. Генш, Т.Ю. Клипина, Ю.Н. Улыбина. – Ростов на Дону: Феникс. – 2008. – 348 с.
4. Гиткина Л.С. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. реком. / Л.С. Гиткина, Э.М. Зборовский. – Минск. – 1995. – 15 с.
5. Іпатов А.В. Інвалідність як інтегративний показник стану здоров'я населення України / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак. – Д.: Пороги. – 2002. – 341 с.
6. Іпатов А.В. Внутренняя картина болезни при хронических соматических инвалидизирующих заболеваниях и методы ее коррекции: метод. реком. / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, С.М. Мороз. – Днепропетровск: Пороги. – 2004. – 27 с.
7. Коробов М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: учеб.-метод. пособие / М.В. Коробов. – СПб. – 2002. – 84 с.
8. Лаврова Д.И. Применение классификации и временных критериев при проведении медико-социальной экспертизы / Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С.Н. Пузин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – №1. – С. 8-12.
9. Коробов М.В. Международная классификация нарушений, ограниченной жизнедеятельности и здоровья / М.В. Коробов, Г.Д. Шостка, В.Ю. Ряснянский // Человек и его здоровье: материалы VI Рос. национ. конгр. – СПб. – 2001. – С. 216.

References:

1. Aukhadееv E.I. *Zhurnal RASMIRBI* [Journal RASMIRBI], 2007, vol.1(21), pp. 48-55.
2. Viakhiakuopus E., Kantor V.Z. *Social'naia rehabilitaciia invalidov s narusheniiami sensornoj, dvigatel'noj i intellektual'noj sfery* [Social rehabilitation of persons with impaired sensory, motor and intellectual sphere], Moscow, 2009, 304 p.
3. Gensh N.A., Klipina T.Iu., Ulybina Iu.N. *Spravochnik po rehabilitacii* [Handbook of rehabilitation], Rostov-on-Don, Phoenix, 2008, 348 p.
4. Gitkina L.S., Zborovskij E.M. *Ocenka kriteriev zhiznedeiatel'nosti i effektivnosti rehabilitacii* [Evaluation criteria of life and the effectiveness of rehabilitation], Minsk, 1995, 15 p.
5. Ipatov A.V., Sergiieni O.V., Vojtchak T.G. *Invalidnist' iak integrativnij pokaznik stanu zdorov'ia naselennia Ukrayini* [Disability as an integrative indicator of the health in Ukraine], Dnepropetrovsk, 2002, 341 p.
6. Ipatov A.V., Sergiieni O.V., Moroz S.M. *Vnutrenniaia kartina bolezni pri khronicheskikh somaticheskikh invalidiziruiushchikh zabolevaniakh i metody ee korrekcii* [Internal picture of the disease in chronic somatic diseases and disabling its methods of correction], Dnepropetrovsk, 2004, 27 p.
7. Korobov M.V. *Organizaciia i metodika razrabotki individual'noj programmy rehabilitacii* [Organization and methods of development of individual rehabilitation programs], Sankt Petersburg, 2002, 84 p.
8. Lavrova D.I., Libman E.S., Puzin S.N. *Mediko-social'naia ekspertiza i rehabilitaciia* [Medical and social assessment and rehabilitation], 1998, vol.1, pp. 8-12.
9. Korobov M.V., Shostka G.D., Riasnianskij V.Iu. *Mezhdunarodnaia klassifikaciia narushenij, ogranichenij zhiznedeiatel'nosti i zdorov'ia* [International Classification of Disability and Health], *Chelovek i*

10. Овчаров В.К. Международная классификация состояний здоровья и ограниченной жизнедеятельности / В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины: сб. науч. тр. – Москва. – 2002. – №3. – С. 3-8.
11. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: метод. реком. – Дніпропетровськ. – 1997. – 24 с.
12. Сергієні О.В. Сучасні проблеми реабілітації інвалідів / О.В. Сергієні. – Дніпропетровськ: Поліграфіст. – 1988. – 136 с.
13. Соколова Н.И. Профилактика физической реабилитации как стратегия профилактики хронических соматических заболеваний / Н.И. Соколова. – Донецк: Лебедь. – 2005. – 342 с.
14. Трададук А.А. Научно-практические основы разработки программ физической и социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / А.А. Трададук, Ю.С. Клименко, В.Н. Пристинский // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків. – 2006. – №5. – С. 98-102.
15. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие / Е.И. Холостова. – М.: Дашков и К°. 2007. – 240 с.
16. Эланский Ю.Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости / Ю.Г. Эланский, С.П. Пешков // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – №3. – С. 24-27.
17. Glässel A. Content Validity of the Extended ICF Core Set for Stroke: An International Delphi Survey of Physical Therapists / A. Glässel, I. Kirchberger, B. Kollerits // *Physical Therapy*. – 2011. – vol.91. – pp. 1211-1222.
18. Ewert T. ICF core set for patients with neurological conditions in the acute hospital / T. Ewert, E. Grill, S. Bartholomeyczik // *Disabil. Rehabil.* – 2005. – vol.27. – pp. 367-373.
19. Rentsch H.P. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland / H.P. Rentsch, P. Bucher, I. Dommen Nyffeler // *Disability and Rehabilitation*. – 2003. – vol.25. – pp. 411-421.
20. Rauch A. Using a Case Report of a Patient With Spinal Cord Injury to Illustrate the Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management / Alexandra Rauch, Reuben Escorpizo, Daniel L. Riddle // *Physical Therapy*. – 2010. – vol.90. – pp. 1039-1052.
21. Alia A. Alghwiri. Content Comparison of Self-Report Measures Used in Vestibular Rehabilitation Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health / Alia A. Alghwiri, Gregory F. Marchetti, Susan L. Whitney // *Physical Therapy*. – 2011. – vol.91. – pp. 346-357.
22. Egilson S.T. Participation of students with physical disabilities in the school environment / S.T. Egilson // *American Journal of Occupational Therapy*. – 2009. – vol.63. – pp. 264-272.
23. Ewert T. ICF core set for patients with neurological conditions in the acute hospital / T. Ewert, E. Grill, S. Bartholomeyczik // *Disabil. Rehabil.* – 2005. – vol.27. – pp. 367-373.
24. Finger M.E. Identification of Intervention Categories for Physical Therapy, Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi Exercise / M.E. Finger, A. Cieza, J. Stoll // *Physical Therapy*. – 2006. – vol.86. – pp. 1203-1220.
25. Mulroy S.J. Secondary Mediation and Regression Analyses of the PTClinResNet Database: Determining Causal Relationships Among the International Classification of Functioning, Disability and Health Levels for Four Physical Therapy Intervention Trials / S.J. Mulroy, C.J. Winstein, K. Kulig // *Physical Therapy*. – 2011. – vol.91. – pp. 1766-1779.
26. Scheuringer M. ICF core set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities / M. Scheuringer, G. Stucki, E.O. Huber // *Disabil Rehabil.* – 2005. – vol.27. – pp. 405-410.
27. Sullivan K.J. Model of Disablement and Recovery: Knowledge Translation in Rehabilitation Research and Practice / K.J. Sullivan, Y. Cen Steven // *Physical Therapy*. – 2011. – vol.91. – pp. 1892-1904.
28. *ego zdorov'e* [Man and his health], Sankt Petersburg, 2001, pp. 216.
10. Ovcharov V.K. *Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniia i istorii mediciny* [Problems of Social Hygiene, health and medical history], Moscow, 2002, vol.3, pp. 3-8.
11. Sergiieni O.V. *Organizaciia ta upravlinnia sistemoiu medichnoyi reabilitaciyi invalidiv* [Organization and management of medical rehabilitation of disabled], Dnepropetrovsk, 1997, 24 p.
12. Sergiieni O.V. *Suchasni problemi reabilitaciyi invalidiv* [Modern problems of the rehabilitation of disabled], Dnepropetrovsk, 1988, 136 p.
13. Sokolova N.I. *Preventivnaia fizicheskaia reabilitaciia kak strategiiia profilaktiki khronicheskikh somaticheskikh zabojevanij* [Preventive physical rehabilitation as a strategy for the prevention of chronic somatic diseases], Donetsk, 2005, 342 p.
14. Tradadiuk A.A., Klimenko Iu.S., Pristiniskij V.N. *Pedagogika, psihologia ta mediko-biologicni problemi fizicnogo viovanna i sportu* [Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports], 2006, vol.5, pp. 98-102.
15. Kholostova E.I. *Social'naia rabota s invalidimi* [Social work with people with disabilities], Moscow, 2007, 240 p.
16. Elanskij Iu.G., Peshkov S.P. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federacii* [Health of the Russian Federation], 1997, vol.3, pp. 24-27.
17. Glässel A., Kirchberger I., Kollerits B. Content Validity of the Extended ICF Core Set for Stroke: An International Delphi Survey of Physical Therapists. *Physical Therapy*, 2011, vol.91, pp. 1211-1222.
18. Ewert T., Grill E., Bartholomeyczik S. ICF core set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 2005, vol.27, pp. 367-373.
19. Rentsch H.P., Bucher P., Dommen Nyffeler I. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation*, 2003, vol.25, pp. 411-421.
20. Rauch A., Escorpizo Reuben, Daniel L. Riddle. Using a Case Report of a Patient With Spinal Cord Injury to Illustrate the Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management. *Physical Therapy*, 2010, vol.90, pp. 1039-1052.
21. Alia A. Alghwiri, Gregory F. Marchetti, Susan L. Whitney. Content Comparison of Self-Report Measures Used in Vestibular Rehabilitation Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physical Therapy*, 2011, vol.91, pp. 346-357.
22. Egilson S.T. Participation of students with physical disabilities in the school environment. *American Journal of Occupational Therapy*, 2009, vol.63, pp. 264-272.
23. Ewert T., Grill E., Bartholomeyczik S. ICF core set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 2005, vol.27, pp. 367-373.
24. Finger M.E., Cieza A., Stoll J. Identification of Intervention Categories for Physical Therapy, Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi Exercise. *Physical Therapy*, 2006, vol.86, pp. 1203-1220.
25. Mulroy S.J., Winstein C.J., Kulig K. Secondary Mediation and Regression Analyses of the PTClinResNet Database: Determining Causal Relationships Among the International Classification of Functioning, Disability and Health Levels for Four Physical Therapy Intervention Trials. *Physical Therapy*, 2011, vol.91, pp. 1766-1779.
26. Scheuringer M., Stucki G., Huber E.O. ICF core set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 2005, vol.27, pp. 405-410.
27. Sullivan K.J., Cen Steven Y. Model of Disablement and Recovery: Knowledge Translation in Rehabilitation Research and Practice. *Physical Therapy*, 2011, vol.91, pp. 1892-1904.

Информация об авторе:

Макарова Эллина Владимировна: доктор наук ФВиС; ORCID: 0000-0003-3133-7581; Elina.makarova.2014@mail.ru; Львовский государственный университет физической культуры; Ул. Костюшко 11, г. Львов, 79007, Украина

Information about the author:

Makarova E.V.: ORCID: 0000-0003-3133-7581; Elina.makarova.2014@mail.ru; Lvov State University of Physical Culture; Kostyushko str. 11, Lvov, 79007, Ukraine

Цитуйте цю статтю як: Макарова Е.В. Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 5 – С. 42-49. doi:10.6084/m9.figshare.971031

Cite this article as: Makarova E.V. Basic provisions of international classifications as criteria for evaluating the health status of rehabilitation of persons with disabilities. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 2014, vol.5, pp. 42-49. doi:10.6084/m9.figshare.971031

Электронная версия этой статьи является полной и может быть найдена на сайте: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/arhive.html>

The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/arhive-e.html>

Это статья Открытого Доступа распространяется под терминами Creative Commons Attribution License, которая разрешает неограниченное использование, распространение и копирование любыми средствами, обеспечивающими должное цитирование этой оригинальной статьи (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.ru>).

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.en>).

Дата поступления в редакцию: 26.01.2014 г.
Опубликовано: 25.02.2014 г.

Received: 26.01.2014
Published: 25.02.2014