ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я Й ІНТЕРВЕНЦІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Методичні вказівки для студентів 1-го курсу
за спеціальністю «Терапія та реабілітація»
першого (бакалаврського) рівня освіти

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я Й ІНТЕРВЕНЦІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Методичні вказівки для студентів 1-го курсу за спеціальністю «Терапія та реабілітація» першого (бакалаврського) рівня освіти

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 29.10.2026.

Харків
ХНМУ
2026

Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я й інтервенцій у клінічній практиці : метод. вказ. для студентів 1-го курсу за спеціальністю «Терапія та реабілітація» першого (бакалаврського) рівня освіти / упоряд. О. В. Марковська, О. С. Гурбич, Н. М. Мартиненко. Харків : ХНМУ, 2026. 40 с.

Упорядники О. В. Марковська
О. С. Гурбич
Н. М. Мартиненко

ЗМІСТ

Матеріальне та методичне забезпечення теми 4

Обґрунтування теми 4

Мета заняття 5

Граф-логічна структура теми 6

Орієнтовна карта роботи здобувачів 7

Завдання для самостійної роботи здобувачів 8

Завдання для контролю та оцінювання знань 9

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань 11

Література 14

Орієнтовний теоретичний матеріал для підготовки до заняття 16

1. Філософія та передумови створення МКФ 16

2. Структура та компоненти МКФ 19

3. Застосування МКФ у реабілітаційному процесі 31

4. Контекстуальні фактори та їхній вплив на реабілітаційний процес . . . 34

5. Планування реабілітаційних втручань 37

Тема заняття: Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я й інтервенцій у клінічній практиці.

1. Кількість годин — 4.

2. Матеріальне та методичне забезпечення теми:

– методичні вказівки занять;

– презентаційні матеріали;

– тестові завдання;

– лекційний курс.

3. Обґрунтування теми.

Сучасна реабілітаційна медицина базується на *біопсихосоціальній моделі здоров'я*, яка розглядає людину не лише через призму її захворювання або анатомічного дефекту, а у взаємозв'язку з повсякденною активністю, участю в житті суспільства та впливом навколишнього середовища. Основним міжнародним стандартом для опису та вимірювання функціонування і обмежень життєдіяльності є Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), розроблена ВООЗ.

Для фахівців із терапії та реабілітації володіння інструментами МКФ є базовою професійною компетентністю. МКФ дозволяє:

- формувати єдину «мову» для мультидисциплінарної реабілітаційної команди (фізичних терапевтів, ерготерапевтів, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, психологів тощо);
- керуватись принципом пацієнтоцентричності;
- детально оцінювати вплив чинників середовища на процес відновлення у взаємозв'язку з руховою та функціональною спроможністю пацієнта під час повсякденної активності, участі в суспільному житті та з урахуванням можливих структурних порушень;
- на основі функціональної оцінки стану пацієнта та сформованого реабілітаційного діагнозу визначати короткострокові та довгострокові цілі (за критеріями SMART) і добирати доказові інтервенції.

Практичне заняття побудоване за методом кейс-стаді (Case-study), що дозволяє першокурсникам відпрацювати навички трансформування реальної клінічної ситуації у стандартні домени МКФ (Структури, Функції, Активність, Участь, Фактори середовища), виявити проблеми пацієнта та обґрунтувати первинний план реабілітаційних інтервенцій.

4. Мета заняття

4.1. Загальна мета. Сформувати у здобувачів базове уявлення про біопсихосоціальну модель у сфері охорони здоров'я та первинні практичні навички застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) під час аналізу клінічних кейсів для подальшого планування реабілітаційних інтервенцій.

4.2. Конкретна мета:

а) знати:

- поняття біопсихосоціальної моделі на противагу медичній моделі;
- основні складові МКФ:

– *функції організму* (b — body functions);

– *структури організму* (s — body structures);

– *активність* (activity) та *участь* (participation), компонент, на позначення якого використовують літеру (префікс) d;

– *фактори навколишнього середовища* (e — environmental factors);

– *особистісні фактори* не кодуються за МКФ;

- відмінність медичного (клінічного) діагнозу визначеним за МКХ від постановки реабілітаційного діагнозу із залученням МКФ;
- поняття реабілітаційної інтервенції та базові принципи формулювання цілей за системою SMART.

б) вміти:

– аналізувати клінічний кейс, виділяти скарги пацієнта, анамнез та клінічні дані й розподіляти їх за складовими МКФ;

– кодувати проблеми пацієнта (на базовому рівні), ідентифікувати ключові домени МКФ для конкретної ситуації (наприклад, обмеження ходьби, порушення функції суглобів, наявність бар'єрів у середовищі);

– розрізняти «Активність» та «Участь», а також оцінювати вплив «Факторів середовища» (як бар'єрів або полегшувальних факторів);

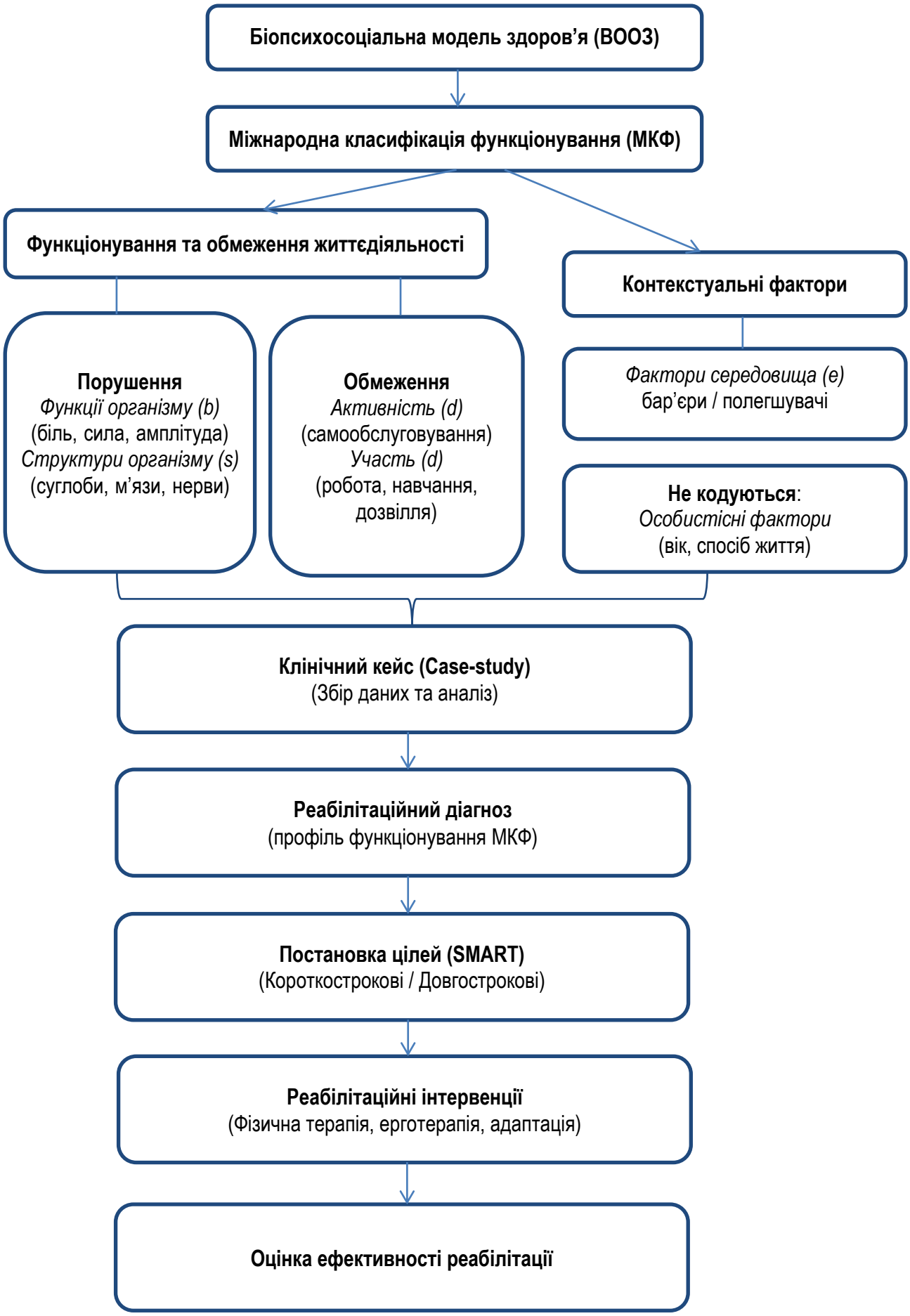
– формулювати первинну проблему пацієнта та пропонувати базові реабілітаційні інтервенції в межах мультидисциплінарного підходу;

в) володіти практичними навичками:

– навичками роботи в малих групах (імітація мультидисциплінарної команди) для обговорення клінічного випадку;

– навичками презентації та захисту складеного профілю МКФ для навчального пацієнта.

5. Граф-логічна структура теми.



Пояснювальна записка до схеми

Компонент схеми	*Клінічний зміст та логіка зв'язку*
1. **Вхідна точка: Біопсихосоціальна модель**	Перехід від лікування хвороби (МКХ) до відновлення функціонування людини в її середовищі
2. **Тріада оцінки МКФ**	Система координат пацієнта: порушення (Функції / Структури), які пацієнт не може робити (Активність / Участь) та що навколо допомагає чи заважає (Фактори середовища)
3. **Клінічний кейс → Діагноз**	Збір скарг, огляд, функціональне тестування перетворюються на сформований *Профіль МКФ* (перелік кодованих доменів з кваліфікаторами, які вказують, наприклад, на ступіть порушення конкретного пацієнта, індивідуалізують ці значення)
4. **Цілі (SMART) → Інтервенції**	Кожна знайдена проблема за МКФ має свою сформульовану ціль і відповідно підібрану втручальну дію (інтервенцію)

6. Орієнтовна карта роботи здобувачів.

Крок 1. Ознайомлення з текстом клінічного кейсу та розподіл ролей. Прочитати клінічний анамнез та скарги пацієнта. Розподілити ролі в групі: *Доповідач (в ролі кодувальника презентує свою оцінку за МКФ), Опонент (ставить запитання щодо запропонованого доповідачем профілю МКФ, вносить свої корективи), Рецензент (робить тезові висновки з виступу доповідача та можливої дискусії)*. Інструмент — картка клінічного кейсу.

Крок 2. Категоризація даних за складовими МКФ (заповнення бланка). Виділити в тексті кейсу ключові проблеми пацієнта. Розподілити їх за компонентами МКФ: b — Функції організму, s — Структури організму, d — Активність і Участь. Інструмент — довідник доменів МКФ Національний класифікатор 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» (далі — НК 030:2022); Бланк оцінки МКФ, браузер МКФ. Очікувані результати: заповнені розділи b, s, d у *Профілі функціонування пацієнта*.

Крок 3. Оцінка контекстуальних факторів. Виявити фактори навколишнього середовища (e). Продемонструвати їхній вплив: чи є фактор бар'єром (погіршує стан), чи полегшувачем (допомагає). Інструмент — НК 030:2022, Бланк оцінки МКФ, браузер МКФ. Очікувані результати: Перелік кодів, які відображають сприятливі фактори зі знаками «+» після крапки перед цифрою кваліфікатора та/або бар'єрів (на нього вказує відсутність плюса, як звичайний кваліфікатор позначається цифрою після крапки).

Крок 4. Постановка реабілітаційної цілі за критеріями SMART. Сформулювати одну короткострокову ціль для пацієнта за системою SMART (конкретна, вимірювана, досяжна, релевантна, обмежена в часі). Інструмент — Шаблон SMART-цілі. *Очікуваний результат:* сформульована ціль (наприклад: «Пацієнт зможе самостійно проходити 50 м за допомогою ходунків через 2 тижні»).

Крок 5. Підбір реабілітаційних інтервенцій відповідно до виявлених проблем. Скласти перелік первинних реабілітаційних інтервенцій (фізична терапія, адаптація середовища, навчання). *Інструмент* — Перелік базових інтервенцій. *Очікуваний результат:* План втручань, прив'язаний до обраних доменів МКФ та цілей SMART.

Крок 6. Захист клінічного кейсу (презентація роботи групи). Доповідач представляє розроблений реабілітаційний план перед аудиторією. Члени групи відповідають на запитання викладача та інших здобувачів. *Інструмент* — Заповнений Бланк МКФ; Усна доповідь (до 7–8 хв). *Очікуваний результат:* Отримані бали за практичну частину заняття.

7. Завдання для самостійної роботи здобувачів.

Організація самостійної роботи здобувачів вищої освіти спрямована на поглиблення теоретичних знань із біопсихосоціальної моделі здоров'я та формування первинних навичок аналізу клінічних випадків за допомогою МКФ.

7.1. Перелік питань, що підлягають вивченню.

1. ***Філософія та передумови створення МКФ:*** порівняльний аналіз медичної та біопсихосоціальної моделей здоров'я; роль ВООЗ у розробці та впровадженні МКФ у міжнародну практичну охорону здоров'я.

2. ***Структура та класифікація МКФ* — основні складові МКФ:** функції організму (b), структури організму (s), активність і участь (d), фактори навколишнього середовища (e); принципи кодування та поняття *дескрипторів / кваліфікаторів* МКФ (базове уявлення про вираженість обмежень від 0 до 4).

3. ***Застосування МКФ у реабілітаційному процесі*:** порівняння діагнозів МКХ та МКФ, роль МКФ *у клінічній роботі* мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) та роль МКФ як спільної мови фахівців (фізичних терапевтів, ерготерапевтів, лікарів ФРМ).

4. *Контекстуальні фактори та їхній вплив на реабілітаційний процес:* фактори навколишнього середовища (e) — оцінка бар'єрів та полегшувальних факторів; можливий вплив особистісних факторів, які не кодуються за МКФ (вік, освіта, спосіб життя) — на процес реабілітації.

5. *Планування реабілітаційних втручань:* принципи формулювання короткострокових та довгострокових цілей реабілітації за системою SMART; підбір доказових реабілітаційних інтервенцій відповідно до виявлених обмежень активності та участі, порушень функцій та структури.

7.2. Перелік завдань, які необхідно виконати.

А. Обов'язкові завдання (підготовка до практичного заняття):

1. Опрацювання лекційного матеріалу та основної літератури (вивчити базову термінологію МКФ та запам'ятати літерні позначення основних компонентів (b, s, d, e).

2. Складання термінологічного словника: виписати та засвоїти визначення понять: *Функції організму, Структури організму, Обмеження активності, Обмеження участі, Фактор середовища (бар'єр / полегшувач), Реабілітаційна інтервенція, Цілі SMART).*

3. Експрес-самоконтроль: опрацювати тестові завдання для самоперевірки.

Б. Творчі та практико-орієнтовані завдання (на вибір / за вказівкою викладача):

1. Аналіз власного середовища (практична вправа): проаналізувати шляхи пересування від дому до навчального корпусу університету та заповнити короткий чек-лист факторів середовища (e) — виділити 3 основні бар'єри (наприклад відсутність пандуса, високі бордюри) та 3 полегшувальні фактори (наприклад наявність ліфта, тактильна плитка). Як знайти їх у НК 030:2022 та браузері МКФ.

2. Самостійне формулювання SMART-цілей: надати 2 приклади вірно сформульованих SMART-цілей реабілітації для гіпотетичного пацієнта з обмеженням рухливості (наприклад після травми колінного суглоба).

3. Підготовка структурованого конспекту на тему: *«Взаємозв'язок між компонентами МКФ на прикладі конкретного обмеження (наприклад біль у спині)».*

8. Завдання для контролю та оцінювання знань.

Оцінювання рівня засвоєння навчального матеріалу здійснюється за допомогою теоретичних контрольних питань, тестових завдань (вхідний / вихідний контроль) та оцінки виконання практичних завдань кейс-стаді.

8.1. Контрольні питання для теоретичного опитування

1. У чому полягають принципові відмінності між медичною та біопсихосоціальною моделями?

2. Яка основна мета впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) у реабілітаційну практику?

3. Назвіть та охарактеризуйте основні складові (компоненти) МКФ. Якими латинськими літерами вони позначаються?

4. У чому полягає відмінність між компонентами «Функції організму» (b) та «Структури організму» (s)? Наведіть приклади.

5. Як у МКФ розмежовуються поняття «Активність» та «Участь» (d)? Наведіть приклади обмеження активності та обмеження участі.

6. Що належить до факторів навколишнього середовища (e)? Наведіть приклади факторів-бар'єрів та факторів-полегшувачів.

7. У чому полягає різниця між клінічним (медичним) діагнозом за МКХ та реабілітаційним діагнозом (профілем функціонування) за МКФ?

8. Яка роль МКФ у забезпеченні ефективної взаємодії фахівців у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК)?

9. Назвіть основні критерії постановки реабілітаційних цілей за системою SMART.

10. Що таке реабілітаційна інтервенція та як вона пов'язана з виявленими доменами МКФ?

8.2. Тестові завдання для контролю знань.

1. Яку модель здоров'я покладено в основу МКФ?

A. Суто медичну. *C. Нозологічну.*

B. Біопсихосоціальну. *D. Соціометричну.*

2. Якою латинською літерою в МКФ позначаються «Функції організму»?

A. s. *C. b.*

B. d. *D. e.*

3. Пацієнт скаржиться на обмеження здатності самостійно одягатися та підніматися сходами. До якої складової МКФ це належить?

A. Функції організму (b).

B. Структури організму (s).

C. Активність і Участь (d).

D. Фактори навколишнього середовища (e).

4. Що з наведеного належить до «Структур організму» *(s)*?

A. Біль у колінному суглобі.

B. Деформація зв'язок колінного суглоба.

C. Зниження сили м'язів стегна.

D. Зниження витривалості до фізичного навантаження.

5. Відсутність пандуса на вході до житлового будинку для пацієнта на кріслі колісному у системі МКФ — це:

A. Порушення структури (s75008.481).

B. Бар'єр навколишнього середовища (e1550.3).

C. Полегшувальний фактор середовища (e1550.+2).

D. Обмеження участі (d8803.24).

6. Чим реабілітаційний діагноз за МКФ принципово відрізняється від медичного діагнозу за МКХ?

A. Вказує лише на етіологію та патогенез хвороби.

B. Описує вплив захворювання на функціонування та повсякденне життя людини.

C. Використовується лише лікарями загальної практики.

D. Замінює необхідність встановлення медичного діагнозу.

7. Яка з наведених цілей реабілітації відповідає критеріям SMART?

A. «Покращити ходьбу пацієнта якомога швидше».

B. «Збільшити силу м'язів нижніх кінцівок».

C. «Пацієнт зможе самостійно пройти 50 м за допомогою ходунків через 2 тиж».

D. Навчити пацієнта користуватися ними.

8. Наявність підтримки та допомоги з боку членів родини під час догляду за пацієнтом належить до:

A. Особистісних факторів.

B. Факторів середовища — полегшувальних (e310.+3).

C. Функцій організму (*b1522.0*)**.**

D. Компоненту Участь (d71041.20).

9. Що з переліченого є прикладом реабілітаційної інтервенції?

A. Лабораторний аналіз крові.

B. Навчання пацієнта безпечній техніці трансферу з ліжка на крісло колісне.

C. Вимірювання артеріального тиску.

D. Проведення рентгенографії суглоба.

10. Поняття «Участь» (Participation) у МКФ визначає:

A. Анатомічну цілісність органів.

B. Залученість людини у реальні життєві ситуації та соціальні ролі (робота, навчання, сімейне життя).

C. Спосіб виконання окремої фізичної дії чи завдання.

D. Психологічний стан та настрій пацієнта.

9. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань.

Інструкція для здобувачів. Уважно ознайомтеся з кожною клінічною ситуацією. Визначте основні обмеження життєдіяльності пацієнта, класифікуйте їх за доменами МКФ та запропонуйте почергові реабілітаційні інтервенції.

Задача 1. Геморагічний інсульт (ранній відновлювальний період).

Умова:

Пацієнт В., 58 років, 3 тижні тому переніс геморагічний інсульт. Спостерігається правобічний геміпарез (сила м'язів у правій руці — 2 бали, у правій нозі — 3 бали). Пацієнт може сидіти у ліжку із підтримкою, але потребує сторонньої допомоги під час пересаджування у крісло колісне та під час гігієнічних процедур. Мова збережена, проте присутні ознаки тривожності через втрату автономії. Мешкає у квартирі на 3-му поверсі будинку без ліфта з дружиною.

Завдання:

1. Визначте домени МКФ для даного випадку *(Функції та структури організму, Діяльність та участь, Фактори середовища)*.

2. Сформулюйте 2 ключові реабілітаційні інтервенції на даному етапі.

Задача 2. Стан після пластики передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ.)

Умова:

Пацієнтка К., 22 роки, студентка, 2 тижні після артроскопічної пластики ПХЗ правого колінного суглоба. Спостерігається набряк суглоба, обмеження згинання (60°), амплітуда розгинання — 5°. Ходить за допомогою милиць з частковим навантаженням на ногу. Скаржиться на біль при русі (5/10 за ВАШ). Проживає у гуртожитку.

Завдання:

1. Розподіліть клінічні дані за категоріями МКФ.

2. Яку інтервенцію слід рекомендувати для відновлення амплітуди рухів та безпечного пересування?

Задача 3. Ампутація гомілки внаслідок травми.

Умова:

Пацієнт М., 35 років, 1,5 місяця після ампутації лівої гомілки на межі середньої та нижньої третини. Культя сформована, шви зняті, присутній помірний фантомний біль. Пацієнт пересувається на кріслі колісному або за допомогою ходунків без навантаження на культю. Прагне повернутися до роботи автомеханіка.

Завдання:

1. Опишіть обмеження діяльності та бар'єри середовища за МКФ.

2. Вкажіть основний напрямок підготовчої реабілітаційної інтервенції до протезування.

Задача 4. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ, II стадія).

Умова:

Пацієнт Д., 64 роки. Скаржиться на задишку під час підйому на 2-й поверх або при швидкій ходьбі понад 100 м. Виражена загальна втома, зниження толерантності до фізичних навантажень. Проживає сам, відмовляється від прогулянок через острах задишки.

Завдання:

1. Визначте первинні порушення функцій та обмеження участі за МКФ.

2. Запропонуйте інтервенцію з фізичної терапії для зниження задишки.

Задача 5. Хвороба Паркінсона (II стадія за Хен – Яру).

Умова:

Пацієнтка О., 68 років. Спостерігається тремор спокою в руках, брадикінезія, незначна постатуральна нестабільність. Збільшився час на вдягання, застібання ґудзиків. Під час ходьби спостерігаються епізоди «завмирання» (freezing).

Завдання:

1. Вкажіть домени МКФ, що описують рухові порушення та дрібну моторику.

2. Запропонуйте 2 інтервенції для покращення ходьби та самообслуговування.

Задача 6. Травма спинного мозку (грудний рівень Th10, параплегія).

Умова:

Пацієнт Т., 28 років, 3 місяці після травми спинного мозку (Th10, ASIA A). Відсутні рухи та чутливість нижче рівня ураження. Пересувається на активному кріслі колісному, самостійно виконує пересаджування. Проживає у приватному будинку, де є сходи при вході (5 сходинок без пандуса).

Завдання:

1. Класифікуйте фактори середовища за МКФ (бар'єри та полегшувальні фактори).

2. Запропонуйте інтервенцію з організації навколишнього середовища та мобільності.

Задача 7. Синдром протирання ротаторної манжети плеча (Rotator Cuff Impingement).

Умова:

Пацієнтка В., 45 років, швачка. Скаржиться на біль у правому плечі при відведенні руки вище 90° при спробі завести руку за спину. Біль посилюється вночі. Не може виконувати повноцінну професійну діяльність протягом останніх двох тижнів.

Завдання:

1. Сформулюйте коди / домени МКФ для болю та обмеження професійної діяльності.

2. Яку інтервенцію слід обрати для зменшення больового синдрому та відновлення контролю рухів?

Задача 8. Ревматоїдний артрит.

Умова:

Пацієнтка Н., 50 років. Ранкова скутість у дрібних суглобах кистей триває понад 1,5 год. Суглоби проксимальних між фалангових та п'ястково-фалангових ділянок набряклі, болючі при пальпації. Зменшена сила хвату, важко відкривати банки, повертати дверні ручки.

Завдання:

1. Опишіть порушення структур та обмеження дрібної моторики за МКФ.

2. Які рекомендації щодо збереження суглобів слід надати?

Задача 9. Перелом шийки стегнової кістки (стан після ендопротезування).

Умова:

Пацієнтка Л., 76 років, 5-й день після тотального ендопротезування правого кульшового суглоба. Страждає на супутній остеопороз. Побоюється ставати на ногу через біль (7/10). Потребує нагляду при вставанні з ліжка. Мешкає сама, хвилюється про те, як буде обслуговувати себе вдома.

Завдання:

1. Сформулюйте основні домени МКФ (зокрема психологічні та середовищні).
2. Назвіть 2 ортопедичні застереження після ендопротезування та відповідну інтервенцію.

Задача 10. Постінфекційний синдром після важкої пневмонії (Post-COVID-19 / PICS).

Умова:

Пацієнт С., 48 років, через 1 міс після виписки зі стаціонару (провів 10 днів на ШВЛ у відділенні інтенсивної терапії). Скаржиться на виражену м'язову слабкість («не слухаються ноги»), порушення концентрації уваги, швидку втомлюваність після 5 хв хатньої роботи.

Завдання:

1. Опишіть поліорганний характер порушень за доменами МКФ.
2. Сформулюйте інтервенцію з енергозбереження та дозованого фізичного відновлення.

10. Література.

А. Основна

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення: 10.08.2026).

2. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 6 жовт. 2005 р. № 2961-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15 (дата звернення: 10.08.2026).

3. Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини: Указ Президента України від 25 серп. 2015. № 501/2015. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501/2015#Text (дата звернення: 10.08.2026).

4. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей

і підлітків: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1008-р URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ta-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ditej-i-pidlitkiv (дата звернення: 10.08.2026).

5. Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я: Закон України від 3 груд. 2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 10.08.2026).

6. Про затвердження національного класифікатора НК 030:2022: Наказ Міністерства економіки України від 9 квіт. 2022 р. № 810. URL: https://me.gov.ua/view/972857e1-5862-4da3-be6f-ee6c21cd8c43 (дата звернення: 10.08.2026).

7. Класифікатор функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я : НК 030:2022 / розроб. : Мінекономіки України, МОЗ України. Київ: МОЗ України, 2022. 518 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/44015nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf (дата звернення: 10.08.2026).

Б. Допоміжна

1. Алгоритм побудови реабілітаційного обстеження за МКФ згідно зі ступенем тяжкості поліструктурного вогнепального ушкодження верхніх кінцівок / Н. Борзих, С. Барабаш, І. Рой, Р. Оприщенко. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія.* 2025. № 1. С. 176–184. URL: https://sportmedicine.unisport.edu.ua/article/view/328147 (дата звернення: 10.08.2026).

2. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World / M. Leonardi, H. Lee, N. Kostanjsek, et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol.19, no. 18. Art.:113-121. https:/doi.org/10.3390/ijerph191811321

3. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2008. Vol. 44, no. 3. P. 329-342.

ОСНОВНИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

1. ФІЛОСОФІЯ ТА ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ МКФ

Еволюція парадигм у медицині та реабілітації. Протягом XX ст. система охорони здоров'я спиралася переважно на ***медичну (патоцентричну) модель***. Вона розглядала хворобу як біологічний дефект, порушення структури чи функції організму, а головним завданням лікаря було усунення патології або мінімізація її симптомів.

Однак із розвитком медицини, збільшенням тривалості життя та зростанням частки хронічних захворювань виявилося, що усунути патологію повністю вдається далеко не завжди. Виникла потреба оцінювати не лише сам діагноз, а й ***те, як людина живе з цим станом у своєму середовищі***.

У 1977 р. американський психіатр Джордж Енгель (George Engel) запропонував ***біопсихосоціальну модель здоров'я***, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників. Саме ця модель лягла в основну філософії Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (**МКФ**).

Порівняльний аналіз медичної та біопсихосоціальної моделей

Для фахівця з реабілітації розуміння різниці між цими моделями є фундаментальним, оскільки воно визначає мету та стратегію втручання.

Критерій порівняння	*Медична модель*	*Біопсихосоціальна модель*
Фокус уваги	Хвороба, дефект, патологічний процес, симптоми	Функціонування, потенціал людини, її взаємодія із середовищем
Визначення обмежень	Власна проблема особи, викликана безпосередньо хворобою чи травмою	Результат складного комплексу взаємодій між станом здоров'я та контекстовими чинниками
Основна мета	Вилікувати, усунути симптом або скоригувати порушення	Оптимізувати функціонування, забезпечити незалежність та участь у житті суспільства
Роль пацієнта	Пасивний об'єкт медичного впливу («дотримується вказівок»)	Активний суб'єкт, партнер та центр реабілітаційного процесу (людиноцентричність)
Відповідальність за результат	Покладається на медичного фахівця / систему	Розподіляється між людиною, мультидисциплінарною командою та суспільством
Роль середовища	Нейтральна або не враховується	Вирішальна (бар'єри середовища погіршують стан, полегшувачі — компенсують)

Ключовий висновок для здобувача:

Медична модель відповідає на запитання: *«Що зламалося в організмі?»*.

Біопсихосоціальна модель відповідає на запитання: *«Що людина може і чого не може робити у своєму повсякденному житті та що їй заважає чи допомагає?»*.

Філософія МКФ: універсальність та нейтральність мови. МКФ змінила сам підхід до розуміння інвалідності та обмеження життєдіяльності. В основу класифікації закладено декілька концептуальних принципів:

1. Універсальність. МКФ застосовується до всіх людей, а не лише до людей з інвалідністю. Кожна людина протягом життя може відчувати обмеження функціонування (через травму, вагітність, старіння, тимчасову хворобу чи середовищний бар'єр).

2. Паритетність (рівноцінність). Психічні та фізичні проблеми розглядаються як важливі чинники оцінки функціонування.

3. Етіологічна нейтральність. МКФ класифікує *функціонування*, а не причинні захворювання. Два пацієнти з однаковим діагнозом (наприклад, інсульт) можуть мати абсолютно різний рівень функціонування через відмінності в мотивації, підтримці родини чи доступності інфраструктури.

4. Нейтральність мови та дестигматизація. МКФ відмовилася від негативно забарвлених термінів (таких як «дефект», «каліка», «непрацездатний») на користь нейтральної або позитивної термінології:

- Замість *«порушення»* (в широкому сенсі) → ***Структури та функції організму***.
- Замість *«інвалідність»* → ***Активність та участь.***
- Замість *«недієздатність»* → ***Обмеження активності та обмеження можливості участі.***

Роль ВООЗ у розробці та впровадженні МКФ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) пройшла тривалий шлях створення систематизованого інструментарію для оцінки здоров'я:

1948 рік: створення **МКХ** (Міжнародної класифікації хвороб), яка класифікує причини смертності та захворюваності (етіологію та патологію).

1980 рік: публікація експериментальної Міжнародної класифікації порушень, зниження працездатності та інвалідності (ICIDH). Вона була першою спробою вийти за межі діагнозу, проте все ще спиралася на лінійну та дещо негативну модель інвалідності.

2001 рік (22 травня): на 54-й Всесвітній асамблеї охорони здоров'я офіційно схвалено **МКФ (ICF).** ВООЗ рекомендувала її усім країнам-членам як міжнародний стандарт для опису та вимірювання здоров'я і життєдіяльності.

Чому впровадження МКФ є революційним для практичної охорони здоров'я?

Створення «Спільної мови»: МКФ забезпечує єдиний зрозумілий понятійний апарат для фахівців мультидисциплінарної команди (лікарів фізичної реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови й мовлення, психологів, соціальних працівників).

Доповнення МКХ: ВООЗ зазначає, що МКХ та МКФ є комплементарними (доповнюючими) класифікаціями. МКХ надає *«діагноз»* (що з людиною), а МКФ — *«профіль функціонування»* (як людина функціонує з цим діагнозом).

Доказовість та стандартизація: Впровадження МКФ дозволяє збирати зіставні статистичні дані про функціональний стан населення на національному та міжнародному рівнях, оцінювати ефективність реабілітаційних втручань та формувати державну політику у сфері інклюзії та соціального захисту.

Клінічна ситуаційна задача (Кейс)

Опис клінічного випадку

Пацієнт: Петро, 42 роки.

Анамнез та діагноз: 6 міс тому зазнав мінно-вибухової травми з подальшою ампутацією лівої нижньої кінцівки на рівні середньої третини стегна. Кукса сформована задовільно, без ускладнень, загоєння відбулося первинним натягом. Фантомний біль виникає епізодично, легкої інтенсивності.

Соціально-побутовий анамнез:

Професія: до травми працював інженером-проєктувальником у приватній компанії (робота переважно за комп'ютером, але вимагає відвідування офісу).

Житлові умови: живе на 4-му поверсі 5-поверхового будинку без ліфта.

Психологічний стан: відчуває тривогу, ізолювався від друзів, пригнічений через втрату незалежності. Переживає, що стане «тягарем» для родини.

Сім'я: дружина підтримує Петра, але прагне робити все замість нього (надмірна опіка), що додатково знижує його мотивацію до самообслуговування.

Поточний стан первинного протезування: отримав первинний навчально-тренувальний протез, проте пересувається на милицях, оскільки офіс компанії та його будинок не мають пандусів, а сходи на 4-й поверх викликають страх падіння та виснаження.

Практичні питання для здобувачів

Завдання 1. Аналіз клінічного випадку через призму медичної моделі.

1. Як ситуацію пацієнта Петра оцінить фахівець, що працює виключно в межах **медичної моделі**?

2. Що буде виступати головною «проблемою» та якою буде підсумкова мета медичного втручання?

3. Яка роль відводиться самому пацієнту в цьому підході?

Завдання 2. Аналіз клінічного випадку через призму біопсихосоціальної моделі (МКФ)

1. Сформулюйте комплексний погляд на стан Петра з точки зору **біопсихосоціальної моделі**.

2. Розподіліть фактори цього кейсу за трикутником взаємодії МКФ:

- **Стан здоров'я / патологія** *(що ви виділите?).*
- **Функції та структури організму** *(які порушення наявні?).*
- **Активність** *(що обмежено на індивідуальному рівні?).*
- **Участь** *(які соціальні ролі обмежені?).*
- **Фактори навколишнього середовища** *(що є бар'єрами, а що — полегшувачами?)*
- **Особисті чинники** *(які внутрішні риси / фактори впливають на процес?).*

3. Якою буде головна мета реабілітації відповідно до біопсихосоціальної моделі?

Завдання 3. Порівняльна дискусія.

Порівняйте, чим відрізнятиметься складений реабілітаційний план за медичною моделлю від плану, складеного мультидисциплінарною командою за біопсихосоціальною моделлю.

2. СТРУКТУРА ТА КОМПОНЕНТИ МКФ

(функції та структури організму, активність та участь,
фактори навколишнього середовища та особисті чинники)

Архітектура МКФ: загальна схема взаємодії компонентів

МКФ розглядає функціонування не як статичний стан, а як **динамічну взаємодію** між станом здоров'я людини та контекстовими чинниками.

Концептуальна модель МКФ складається з **двох частин**, кожна з яких містить **по два компоненти:**

Частина 1. Функціонування та обмеження життєдіяльності:

Компонент 1: Функції та структури організму.

Компонент 2: Активність та участь.

Частина 2. Контекстові чинники:

Компонент 3: Фактори навколишнього середовища.

Компонент 4: Особистісні чинники (наразі не класифіковані у МКФ детально через високу культурну та індивідуальну варіативність, але враховуються при оцінці).

Взаємозв'язок: зміни в одному компоненті можуть викликати зміни або компенсуватися в іншому. Наприклад, порушення м'язової сили (функція організму може обмежувати ходьбу (активність), але наявність пандуса та крісла колісного (фактор середовища) дозволяє людині відвідувати роботу (участь).

Детальна характеристика компонентів МКФ

Компонент 1. Функції та структури організму (Organism / Body)

Анатомо-фізіологічний рівень оцінки стану людини.

Функції організму (літера коду *b* — *body functions*). Це фізіологічні або психологічні функції систем організму.

Приклади: м'язова сила, амплітуда руху в суглобі, артеріальний тиск, пам'ять, зорові функції, відчуття болю.

Відхилення: називаються **порушеннями (impairments)** — це втрата або аномалія фізіологічної чи психологічної функції.

Структури організму (літера коду *s* — *body structures*). Це анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки та їхні компоненти.

Приклади: головний мозок, плечовий суглоб, спинний мозок, стегнова артерія, шкіра.

Відхилення: називаються **порушеннями структур (impairments of structure)** — аномалія, дефект, розрив чи втрата анатомічної частини.

Компонент 2. Активність та участь (Activities and Participation)

Особистісний та соціальний рівні функціонування.

Активність (літера коду *a* або загальна *d* — *activity*). Виконання завдання або дії індивідом. Це індивідуальний аспект функціонування *(«Що людина робить сам на сам із завданням»).*

Приклади: вдягання, умивання, підйом по сходах, читання, приготування їжі.

Проблеми: називаються **обмеженнями активності (activity limitations)** — труднощі, які відчуває людина під час виконання дій.

Участь (літера коду *p* або загальна *d* — participation). Залучення людини до життєвої ситуації. Це соціальний аспект функціонування *(«Як людина взаємодіє із суспільством»).*

Приклади: працевлаштування, навчання в університеті, виховання дітей, участь у громадському житті, спорт.

Проблеми: називаються обмеженнями можливості участі (participation restrictions) — проблеми, з якими стикається людина при залученні до реальних життєвих ситуацій.

Компонент 3. Фактори навколишнього середовища (Environmental Factors)

Зовнішній контекст життєдіяльності (літера коду **e** — *environmental factors)*.

Фактори середовища створюють фізичний, соціальний та установкальний світ, у якому люди живуть і проводять своє життя. (Установкальний світ — це наша «життєва система координат». Це сукупність прийнятих на віру правил, переконань, стереотипів і очікувань, у межах яких ми сприймаємо дійсність, приймаємо рішення та будуємо все своє щоденне життя.)

Вони поділяються на два типи впливу:

1. **Полегшувачі:** чинники, які покращують функціонування або зменшують обмеження (наприклад наявність ліфта, підтримка родини, правильно підібраний протез, доступне законодавство).

2. **Бар'єри (Barriers):** чинники, які обмежують функціонування або створюють перешкоди (наприклад відсутність пандуса, дискримінація, відсутність слухового апарату, високі сходи).

Компонент 4. *Особисті чинники (Personal Factors)*

Внутрішній контекст життєдіяльності. Це індивідуальні особливості людини, які не є частиною медичного стану чи стану здоров'я, але впливають на реабілітаційний процес.

До них належать: вік, стать, раса, стиль життя, звички, виховання, освіта, допінг-стратегії, професійний досвід, характер.

Примітка. В МКФ вони не мають літерних кодів для забезпечення етичних норм та через високу індивідуальність, але є обов'язковими для врахування при складанні реабілітаційного плану.

Структура кодифікації МКФ (буквено-цифрова система)

Кожен домен МКФ позначається відповідною літерою та системою цифр, де деталізація зростає з додаванням кожної наступної цифри:

Буквені позначення компонентів:

b — Функції організму *(Body functions)*.

s — Структури організму *(Body structures)*.

d — Активність та участь *(Domains of activity and participation)*.

e — Фактори навколишнього середовища *(Environmental factors)*.

Рівні деталізації (приклад):

b2 — Функції сенсорні та біль *(1-й рівень / Глава)*.

b280 — Відчуття болю *(2-й рівень)*.

b2801 — Біль у частині тіла *(3-й рівень)*.

b28014 — Біль у верхній кінцівці *(4-й рівень)*.

Визначники (кваліфікатори) МКФ:
перетворення коду на інструмент оцінки

Сам по собі код МКФ (наприклад b28014) лише вказує на домен, але не говорить про ступінь проблеми. Щоб описати тяжкість стану, використовують **визначники (кваліфікатори)**, які додаються після крапки:

Код МКФ. Визначник. Універсальна шкала оцінки МКФ (від 0 до 4):

.0 — Немає проблем (0–4 %): порушення відсутнє або незначне.

.1 — Легкі проблеми (5–24 %): проблема виникає рідко або мало відчутна.

.2 — Помірні проблеми (25–49 %): проблема присутня регуляторно, відчутна.

.3 — Тяжкі проблеми (50–95 %): проблема присутня постійно, суттєво заважає.

.4 — Абсолютні проблеми (96–100 %): повна втрата функції або абсолютний бар'єр.

.8 — Не уточнено (недостатньо інформації).

.9 — Не застосовується.

Важливо для Активності та Участі:

Для компонента *d* використовуються два основні кваліфікатори:

1. **Здатність.** Що людина може зробити в *стандартизованому / ідеальному середовищі* (без сторонньої допомоги чи адаптацій).

2. **Виконання.** Що людина робить у своєму *реальному повсякденному середовищі* (з урахуванням усіх наявних бар'єрів чи полегшувачів).

Ось **практично опрацьований клінічний кейс** із повним розбором кодування за МКФ (включно з доменами b, s, d, e та кваліфікаторами).

Цей матеріал розроблено як наочний демонстраційний приклад, який дозволяє показати здобувачам, як розрізнені скарги та дані обстеження трансформуються у систематизований **Профіль функціонування пацієнта.**

Демонстраційний клінічний кейс

1. Анамнез та клінічна картина пацієнта.

Пацієнт: Олексій, 58 років.

Клінічний діагноз (за МКХ–10): Мозковий ішемічний інсульт у басейні правої середньої мозкової артерії (3 місяці тому). Лівобічний геміпарез.

Поточний стан та скарги:

Скарги пацієнта: Відчуває слабкість у лівій руці та нозі, важко ходити на далекі відстані, не може самостійно застебнути ґудзики чи нарізати їжу лівою рукою. Скаржиться на помірний спастичний біль у лівому плечі.

Дані обстеження МДРК:

- Сила м'язів лівих кінцівок — 3/5 балів (знижена).
- М'язовий тонус — підвищений за типом спастичності (1+ за шкалою Ашворта).
- Ходьба — пересувається самостійно в межах квартири, але на вулиці швидко втомлюється, потребує тростини та стороннього нагляду через ризик втрати рівноваги.
- Побутові навички — потребує незначної допомоги при вдяганні верхнього одягу та гігієні.

Соціально-побутовий контекст:

- Мешкає на 3-му поверсі в будинку без ліфта.
- Дружина постійно поруч, надає допомогу та емоційну підтримку.
- До інсульту працював бухгалтером. Наразі не працює через труднощі з пересуванням до офісу та швидку втомлюваність при роботі за клавіатурою.

Кодування за МКФ (ICF Profile)

Нагадуємо: Визначники встановлюються за шкалою:

.0 (немає), **.1** (легкі / 5–24 %), **.2** (помірні / 25–49 %), **.3** (тяжкі / 50–95 %), **.4** (абсолютні / 96–100 %).

У факторах середовища *(e)*: знак «+» вказує на **полегшувач**, а його відсутність після «**.**» вказує на **бар'єр**.

Отже, компонент «Функції організму» (префікс коду — «b») має один кваліфікатор «Обсяг або величина порушення»:

b11111**.0** «відсутні порушення»

b11111**.1** «легкі порушення»

b11111**.2** «помірні порушення»

b11111**.3** «важкі порушення»

b11111**.4** «абсолютні порушення»

b11111**.8** «не уточнено»

b1111**.9** «не застосовується»

(5, 6, 7 немає)

I. Функції організму *(Body functions* — b*)*

Код МКФ	*Назва домену*	*З кваліфікатором*	*Клінічне обґрунтування*
b7300	Сила ізольованих м'язів і м'язових груп	b7300.3	Складність у застібанні ґудзиків, користуванні ножем. Окрім кисті є необхідність перевірити силу стоп
b7302	Сила м'язів однієї сторони тіла	b7302.2	Помірне зниження сили м'язів лівої руки та ноги (3/5 балів)
b7352	Тонус м'язів однієї сторони тіла	b7352.1	Легка спастичність у лівих кінцівках (Ashworth1+)
b770	Функції стереотипу ходьби	b770.2	Помірні порушення біомеханіки ходьби (асиметрія фаз опори та переносу)
b28014	Біль у верхній кінцівці	b28014.2	Помірний біль у лівому плечовому суглобі при рухах
b4552	Втомлюваність	b4552.2	Помірна підвищена втомлюваність при фізичному чи розумовому навантаженні

II. Структури організму *(Body structures — s).*

Примітка. Для структур організму використовується потрійний кваліфікатор: s [код] **.** [тяжкість] [характер зміни] [локалізація].

Отже, «Структури організму» («s») — 3 кваліфікатори — використовуються одночасно:

1) «Обсяг або величина порушення» — s11111.**0**YZ (від 0 до 9, за аналогією вище, як в «b»)

2) Y — «Природа змін у структурах організму» — s11111.X**0**Z (0-9, ін. значення):

0 — «відсутність змін у структурі»

1 — «повна відсутність»

2 — «часткова відсутність»

3 — «додаткова частина»

4 — «аберантні розміри»

5 — «порушення цілісності»

6 — «змінене розташування»

7 — «кількісні зміни структури, включно із накопиченням рідини»;

8 — «не уточнено»

9 — «не застосовується»

3) Z — «Анатомічна локалізація»:

s11111.XY**0** «більш, ніж одна ділянка»

s11111.XY**1** «справа»

s11111.XY**2** «зліва»

s11111.XY**3** «з обох сторін»

s11111.XY**4** «спереду»

s11111.XY**5** «ззаду»

s11111.XY**6** «проксимально»

s11111.XY**7** «дистально»

s11111.XY**8** «не уточнено»

s11111.XY**9** «не застосовується».

Наприклад: код s73000**.451** — абсолютні порушення (1-й кваліфікатор) цілісності (2-й кваліфікатор) «структури кісток плеча» справа (3-й кваліфікатор).

Код МКФ	*Назва домену*	*З кваліфікатором*	*Клінічне обґрунтування*
s1108	Структура головного мозку, інша уточнена	s1108.271	Помірні порушення (.2), якісні зміни структури (7), у правій півкулі (1)
s7209	Структура плечового поясу, не уточнена	s7209.282	Помірні порушення (.2). Характер змін не уточнено (8). Зліва (2)
s73023	Зв'язки та фасції кисті	s73023.382	Важкі порушення (.3). Характер змін не уточнено (8). Зліва (2)
Також додаємо структури на які варто звернути уваги, виявлені під час оцінки функціонального стану пацієнта, є висновки досліджень у додатках до історії хвороби (МРТ, рентген, тощо)			

III. Активність та участь (*Activity and participation* — d).

Примітка. Подвійний визначник для d: d [код]**.** [Виконання] [Здатність]**.**

Здатність: Що пацієнт робить **без** сторонньої допомоги / адаптацій (в ідеальних умовах); зумовлено нозологією.

Виконання: Що пацієнт робить **у своєму реальному житті** (з урахуванням чинників середовища).

Отже, компонент «Активність та Участь» (префікс коду — «d») має 2 кваліфікатори d1111.YX («Виконання» (Y) / «Здатність» (X), використовують ті ж цифрові позначення та їх значення), які мають використовуватись одночасно:

0 — «відсутні труднощі»

1 — «легкі труднощі»

2 — «помірні труднощі»

3 — «важкі труднощі»

4 — «абсолютні труднощі»

8 — «не уточнено»

9 — «не застосовується»

(5, 6, 7 немає).

Наприклад: d4154**.23** — помірні труднощі з виконанням (3) та важкі труднощі із здатністю (2) «утримування положення стоячи»

Код МКФ	*Назва домену*	*З кваліфікатором (Викон./Здатн.)*	*Розбір різниці між кваліфікаторами*
d4402	Маніпулювання (дрібна моторика)	d4402.33	Тяжке обмеження через парез лівої кисті (застібання ґудзиків, нарізання)
d4500	Ходьба на короткі відстані (до 1 км)	d4500.13	**1.** У реаліях пересувається краще за допомогою тростини та дружини. **2.** Обумовленість нозологією, без технічних засобів та допомоги — важкі обмеження ходьби
d4501	Ходьба на далекі відстані	d4501.33	Важкі труднощі виконання та здатності
d451*	Піднімання та спускання сходами	d451.33	Тяжке обмеження (підйом на 3-й поверх без ліфта є суттєвою перешкодою)
*Примітка: «*d451*» — згідно з НК 030: 2022, але в браузері МКФ відповідає коду* «d4551» *(що згідно з НК — «лазіння»)*			
d465	Переміщення з використанням технічних засобів	d465.11	Пересувається із тростиною у тій мірі, як і здатний
d5101	Миття всього тіла	d5101.12	**1.** Завдяки допомозі дружини гігієна не порушена. **2.** Самостійно виконати складно + виконання неураженою рукою
d8451	Збереження роботи (професійна діяльність)	d8451.43	**1.** Повна відсутність виконання (наразі не працює). **2.** За умов віддаленої роботи потенціал вищий

IV. Фактори навколишнього середовища *(Environmental Factors — e).*

Компонент «Фактори середовища» (префікс коду — «e») має 1 кваліфікатор. Якщо фактор середовища є бар'єром, він зазначається простою цифрою після крапки («.1»), якщо сприятливим чинником — «+» після крапки («.+»):

e1111.+0 «відсутність сприятливого чинника»

/або e1111.0 «відсутність бар'єру»

Примітка: «0» / «+0» при первинному огляді не виставляється, адже якщо відсутні порушення — не варто перегромаджувати систему додатковим кодом, водночас можливо виписати пацієнта з відсутністю порушень після проведених втручань.

e1111.+1 «легкий сприятливий чинник» /або e1111.1 «легкий бар'єр»

e1111.+2 «помірний сприятливий чинник» /або e1111.2 «помірний бар'єр»

e1111.+3 «важкий сприятливий чинник» /або e1111.3 «важкий бар'єр»

e1111.+4 «абсолютний сприятливий чинник»/або e1111.4 «абсолютний бар'єр»

Примітка: «+» — не замінник «.», має бути обидва символи (плюс ставиться після крапки, далі цифра на позначення ступеня сприятливого фактора).

e1111.8 не уточнено

e1111.9 не застосовується

Код МКФ	*Назва домену*	*З кваліфікатором*	*Клінічне обґрунтування*
e1550	Дизайн, конструкція і будівельні вироби та технології для входу та виходу у будівлях для приватного користування	e1550.3	Тяжкий бар'єр (.3), відсутність ліфта в будинку на 3-му поверсі ізолює пацієнта
e1551	Дизайн, конструкція і будівельні вироби та технології для облаштування доступу до зручностей усередині будівель для приватного користування	e1551.3	Тяжкий бар'єр (.3), неадаптоване робоче місце
e1201	Допоміжні вироби та технології для особистої внутрішньої і зовнішньої мобільності та транспортування	e1201.+3	ДЗР (тростина) в наявності і є суттєвим сприятливим фактором
e310	Найближчі родичі (підтримка сім'ї)	e310.+3	Істотний полегшувач (.+3): Дружина забезпечує догляд, гігієну та психологічну підтримку

Розбираючи кейс, зверніть увагу на «Виконання/Здатність»: Проаналізуйте код **d5101 *(*Миття всього тіла)**. У пацієнта *Спроможність* дорівнює **.2** (помірне обмеження), але завдяки підтримці дружини **(e310.+3)** його реальне *Виконання* покращується до **.1** (легке обмеження).

Зробіть акцент на постановці реабілітаційної мети:

Медичний підхід: лікувати інсульт та знижувати тонус м'язів.

Підхід за МКФ: вплинути на бар'єр e1550 (навчити підйому по сходах d451 з поручнем або розглянути зміну житла/роботи) та знизити обмеження активності d4402 (тренування дрібної моторики з ерготерапевтом) для повернення до виконання ролей у суспільстві d8451.

Принципи кодування та поняття кваліфікаторів МКФ. Самі по собі коди МКФ (наприклад конкретний код b7302 Сила м'язів однієї сторони тіла з групи кодів b730 Функції м'язової сили або d4501 Ходьба на далекі відстані з групи кодів d450 Ходьба) є лише назвами категорій. Щоб перетворити категорію на **реабілітаційний діагноз** та зафіксувати рівень порушення чи обмеження, використовується **універсальна система кваліфікаторів МКФ.**

Кваліфікатор МКФ — це числовий дескриптор, який додається після крапки до коду категорії та позначає ступінь вираженості проблеми чи обмеження за стандартизованою 5-бальною шкалою.

1. Універсальна шкала кваліфікаторів (від 0 до 4).

Кваліфікатор	*Позначення*	*Відсоток порушення / обмеження*	*Клінічна та функціональна інтерпретація*
.0	**НЕМАЄ проблем** *(No problem)*	**0–4 %**	Функція / структура повністю збережена; дія виконується без зусиль і відхилень
.1	**ЛЕГКІ проблеми** *(Mild problem)*	**5–24 %**	Відхилення виникають рідко, мають низьку інтенсивність і суттєво не впливають на повсякденну життєдіяльність
.2	**ПОМІРНІ проблеми** *(Moderate problem)*	**25–49 %**	Відхилення помітні, виникають регулярно або відчутно ускладнюють виконання дій; потрібні компенсаторні стратегії
.3	**ТЯЖКІ проблеми** *(Severe problem)*	**50–95 %**	Суттєве порушення чи обмеження, яке виникає постійно й значно руйнує виконання дій; потрібна стороння допомога
.4	**АБСОЛЮТНІ проблеми** *(Complete problem)*	**96–100 %**	Повна відсутність функції / структури або абсолютна нездатність виконати дію
.8	Не уточнено	**–**	Застосовується, коли інформації недостатньо для визначення ступеня
.9	Не застосовується	**–**	Застосовується, коли категорія не стосується даного пацієнта

2. Оцінка за шкалою на клінічних прикладах.

Приклад для компонентів b (Функції) та s (Структури)

Наприклад, є ряд кодів, які стосуються м'язової сили. У каталозі вони знаходяться через компонент «Функції організму» в розділі 7, домена першого рівня (b7 Розділ 7. Нейром'язові, скелетні та пов'язані з рухом функції). Знаходимо код 2-го рівня b730 Функції м'язової сили. А далі в його корені є більш конкретні коди. На їх основі з додаванням кваліфікаторів ми розберемо логіку кодування під іншим кутом. Отже, після коду b7300 ставимо крапку «.» далі цифру на позначення «якості порушення» = «b7300.3». З розшифровкою коду з кваліфікатором це звучатиме так:

b7300.3 Сила ізольованих м'язів і м'язових груп. Важкі порушення (де «b» — префікс, 7300 — код 3-го рівня, «3» після «.» — кваліфікатор). Коди 3-го рівня більш доречні, бо вони детальніші, можуть вказувати, як у цьому прикладі, не на силу м'язів «загалом», а уточнюють. Так, b7300 Сила ізольованих м'язів і м'язових груп, якщо прочитати його пояснення в браузері МКФ, або посібнику НК 030:2022, вказує, у тому числі, на порушення, такі як слабкість малих м'язів стоп або кистей.

Для оцінки сили м'язів фізичний терапевт традиційно використовує ММТ як найбільш доступний. «2» бали по ММТ однозначно можна вважати «важким» порушенням за МКФ. У продовження тлумачення вибору цього кваліфікатора для відображення функціональних можливостей пацієнта: слабкість дистальних м'язів стопи сама по собі не позбавляє здатності ходити (3/5 ММТ бали квадрицепса — «помірні порушення» сили м'язів однієї кінцівки b7301.2, пов'язано з кодом b770 Функції стереотипу ходьби і для кореляції відображаються в компоненті d «Активність та участь» в одному із доменів, які стосуються ходьби). Якщо у пацієнта дорсальні згиначі стопи 2/5 по ММТ — він ходить, компенсуючи збільшеною згинальною активністю стегна (степпаж-патерн) або циркумдукцією, щоб забезпечити кліренс стопи у фазі маху. Ефективна альтернатива використання ортеза гомілковостопного суглоба, який усуває проблему кліренсу. При 2/5 у плантарних згиначах стопи ходьба можлива, але зі зниженою потужністю відштовхування, коротшим кроком і меншою швидкістю. Це впливає на витривалість (можливе додаткове використання в описі коду b7400 Витривалість ізольованих м'язів), але не унеможливлює ходьбу. Для здатності ходити вирішальними є проксимальні м'язи (квадрицепс, розгиначі / відвідні стегна), а також рівновага, витривалість та ритм дихання (теж мають свої відповідники кодів МКФ).

Нагадуємо, що в розділі b7, в корені коду другого рівня b730 є більш конкретні коди третього рівня:

b7300 Сила ізольованих м'язів і м'язових груп

b7301 Сила м'язів однієї кінцівки

b7302 Сила м'язів одного боку тіла

b7303 Сила м'язів нижньої половини тіла

b7304 Сила м'язів всіх кінцівок

b7305 Сила м'язів тулуба

b7306 Сила всіх м'язів тіла

Структурні зміни, на які вказує код b7300 Сила ізольованих м'язів і м'язових груп можна додатково відобразити у компоненті «Структури організму» (s7 Розділ 7. Структури, пов'язані з рухом, в корені коду 2-го рівня s750 Структура нижньої кінцівки, в корені коду 3-го рівня s7502 Структура надп'ятково-гомілкової ділянки і стопи) кодом 4-го рівня s75022 М'язи надп'ятково-гомілкової ділянки та стопи.

Оскільки, на відміну від «b», «s» має не один, а три кваліфікатори, код структури уточнює стан пацієнта. У розшифрованому вигляді це записується так: s75022.271 М'язи надп'ятково-гомілкової ділянки та стопи. Якісні зміни у структурі. Справа.

Перелік кодів 4-го рівня, які розміщуються поруч із цим кодом, доповнює ідею розширеного опису стану пацієнта, закладеного в МКФ:

s75020 Кістки надп'ятково-гомілкової ділянки і стопи

s75021 Надп'ятково-гомілковий суглоб і суглоби стопи та пальців

s75022 М'язи надп'ятково-гомілкової ділянки та стопи

s75023 Зв'язки та фасції надп'ятково-гомілкової ділянки та стопи

s75028 Структура надп'ятково-гомілкової ділянки і стопи, інша уточнена

s75029 Структура надп'ятково-гомілкової ділянки і стопи, не уточнена

Особливість кодування компонента d **(Активність та Участь)**

Для кожної категорії *d* встановлюються **два обов'язкові кваліфікатори:**

1. **Перший кваліфікатор — Продуктивність / Виконання:** що людина робить у своєму *реальному повсякденному середовищі* (із застосуванням допоміжних засобів чи сторонньої допомоги, які вони є).

2. **Другий кваліфікатор — Спроможність / Здатність:** потенційний рівень виконання дії в *стандартизованому (ідеальному / адаптованому) середовищі* без сторонньої допомоги.

Приклад. Пацієнт після інсульту самостійно ходить по рівному кабінету за допомогою чотириопірного ціпка.

У d4 Розділ 4. Мобільність, у корені коду 2-го рівня d450 Ходьба є більш детальні коди 3-го рівня:

d4500 Ходьба на короткі відстані

d4501 Ходьба на далекі відстані

d4502 Ходьба по різних поверхнях

d4503 Ходьба навколо перешкод.

Оскільки у пацієнта стан після інсульту, то другий кваліфікатор буде вказувати на тяжкість нозології (3 — важкі труднощі, а перший на ступіть реального виконання (1 — легкі порушення): d4500.13 Ходьба на короткі відстані. Легкі труднощі у виконанні, важкі труднощі у здатності.

В описі є акцент на ходьбу по рівному кабінету, тому є необхідність оцінити піднімання по сходах. У браузері МКФ для опису переміщення всього тіла вгору або вниз, над поверхнями або предметами, такими як підніжки, скелі, сходи, драбини, бордюри та інші предмети, є код 3-го рівня d4551 Підйом, який в НК 030:2022 трактується як «Лазіння» (переміщення всього тіла догори або додолу по поверхнях або об'єктах, наприклад, лазіння сходинками, скелями, драбинами чи

сходами, бордюрами чи іншими засобами). Натомість вживається код 2-го рівня d451 Піднімання та спускання сходами (не має уточнених кодів 3-го, 4-го рівнів).

Крім того, для повної характеристики треба використати код d465 Переміщення з використанням технічних засобів (вказує на пересування з ДЗР, у цьому випадку це чотириопірна тростина).

Отже, ми маємо в описі «Активності та участі», наприклад, такі коди, які разом із розшифровкою звучатимуть так:

d4500.13 Ходьба на короткі відстані. Легкі труднощі у виконанні, важкі труднощі у здатності

d4501.93 Ходьба на далекі відстані. Не застосовується, важкі труднощі у здатності (де «9» вказує на те, що не тестувалось, або ця дія не використовується пацієнтом)

d451.33 Піднімання та спускання сходами. Важкі труднощі у виконанні та здатності

d465.11 Переміщення з використанням технічних засобів. Легкі труднощі у виконанні та здатності (виконує у тій мірі, на яку здатний).

Особливість кодування компонента e **(Фактори середовища)**

Фактори середовища можуть діяти як **Бар'єри** (цифра після крапки) або як **Полегшувачі / Сприятливий фактор** (вирізняються з-поміж інших кваліфікаторів, оскільки після крапки перед цифрою ставиться знак плюс «+»).

Якщо пацієнт після перенесеного інсульту постійно приймає лікарські засоби для контролю артеріального тиску, це відображається кодом e1101 Ліки. З додаванням кваліфікатора та розшифровкою це звучатиме так: e1101.+3 Ліки. Суттєвий сприятливий фактор. В ідеалі для кореляції мав би бути додатково вказаний код «Функцій» b4202 Підтримання кров'яного тиску (або b4200 Підвищений артеріальний тиск).

За описом пацієнт пересувається з тростиною. Для характеристики цієї дії застосовують код компонента «Активність та участь» d465.11 Переміщення з використанням технічних засобів. Легкі труднощі у виконанні та здатності. У компоненті «Фактори середовища» на наявність / відсутність ДЗР вказує код e1201 (e1201.+3 Допоміжні засоби та технології для особистої мобільності та транспортування в приміщенні та надворі. Суттєвий сприятливий фактор). У НК 030:2022 цей код трактується як: «Адаптоване або спеціально розроблене обладнання, засоби та технології, які допомагають людям в переміщенні всередині та поза будівлями, такі як пристрої для ходіння (такі, як палиці та милиці), спеціальні автомобілі, фургони, пристосування до транспортних засобів, крісел колісних, скутерів та засобів для переміщення».

Якби застосовувався код «Активності та участі» d4702 Використання громадського моторизованого транспорту — доцільно було б у «Факторах» додати код e1200 «Загальні засоби та технології для особистої мобільності та транспортування в приміщенні та надворі». Припустимо, що через труднощі з користуванням громадським транспортом пацієнт ним не послуговується: d4702.93, e1200.4 (абсолютний бар'єр серед факторів середовища).

Далі у пацієнта сходи перед будинком та відсутність пандуса виступали бар'єром — e1550.3 «Дизайн, конструкція і будівельні вироби та технології для входу та виходу у будівлях для приватного користування» (суттєвий бар'єр). Водночас адаптований простір і робоче місце у квартирі виступають сприятливим фактором — e1551.+2 «Дизайн, конструкція і будівельні вироби та технології для облаштування доступу до зручностей усередині будівель для приватного користування» (помірний сприятливий фактор).

Наявність або відсутність підтримки родини розкриває код e310. Наявність, ступінь підтримки та потреба в ній вимірюються кваліфікаторами зі знаком плюс після крапки: +1, +2, +3, +4, де «+4» означає, що така підтримка є повноцінною та життєво необхідною, наприклад, коли пацієнт прикутий до ліжка. Відсутність підтримки виступає бар'єром; якщо для пацієнта це помірні труднощі, то ситуація кодується як: e310.2 «Найближча родина» (помірний бар'єр).

3. ЗАСТОСУВАННЯ МКФ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ:
порівняння діагнозів МКХ та МКФ, роль МКФ у роботі мультидисциплінарної команди (МДРК)

Порівняльний аналіз медичного діагнозу (МКХ) та реабілітаційного діагнозу (МКФ). У сучасній системі охорони здоров'я та реабілітаційної медицини використовуються дві комплементарні (що доповнюють одна одну) класифікаційні системи ВООЗ: **МКХ** (Міжнародна класифікація хвороб) та **МКФ** (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я).

Для фахівця з реабілітації принципово важливо розуміти різницю між медичним діагнозом та реабілітаційним діагнозом (профілем функціонування).

Критерій порівняння	*Медичний діагноз (за МКХ)*	*Реабілітаційний діагноз / Профіль функціонування (за МКФ)*
Предмет опису	Етіологія, патогенез, морфологічні зміни та назва нозологічної форми (хвороби / травми)	Поточний рівень функціонування людини, її обмеження та збережений потенціал у контексті середовища
Основне запитання	«Яка хвороба чи дефект наявні у пацієнта?»	«Як цей стан впливає на повсякденне життя та що заважає / допомагає відновленню?»
Динаміка та варіативність	Статичний. Однаковий діагноз може залишатися у пацієнта роками чи на все життя (наприклад, G82.2 *Параплегія*)	Динамічний, завдяки зміні кваліфікаторів. Описує реальний стан функціонування на конкретний момент часу та змінюється під впливом реабілітації

Критерій порівняння	*Медичний діагноз (за МКХ)*	*Реабілітаційний діагноз / Профіль функціонування (за МКФ)*
Індивідуалізація	Носить узагальнений характер для всіх пацієнтів із цією патологією	Унікальний та індивідуальний для кожного пацієнта, оскільки враховує особистісні чинники та середовище
Головна мета встановлення	Визначення медичної тактики (медикаментозна терапія, хірургічне втручання, протокол лікування)	Визначення реабілітаційних цілей, розробка Індивідуального реабілітаційного плану (ІРП), вибір втручань

Ключовий висновок для здобувача

Медичний діагноз за МКХ дає назву хворобі, але **не пояснює, скільки допомоги потребує людина.**

Реабілітаційний діагноз за МКФ не шукає причину захворювання, але **точно визначає, що саме пацієнт може робити самостійно, а де йому потрібна підтримка або адаптація.**

Структура реабілітаційного діагнозу

Реабілітаційний діагноз не є просто словесним описом скарг. Це **кодифікований профіль функціонування,** сформований за результатами оцінювання фахівців мультидисциплінарної команди.

Він обов'язково включає чотири класифікаційні блоки МКФ:

1. **Порушення функцій та структур організму *(*b, s*).*** Наприклад, зниження сили м'язів *(*b7303 *Сила м'язів нижньої половини тіла),* спастичність *(*b7355 *Тонус м'язів тулуба),* ураження спинного мозку (s12001 *Грудний відділ спинного мозку*).

2. **Обмеження активності (d).** Наприклад, труднощі підйому з ліжка (d4100 *Положення лежачи),* обмеження пересування (d4600 *Переміщення в межах житла),* труднощі при вдяганні (d5402 *Надягання на нижні кінцівки).*

3. **Обмеження участі (d).** Наприклад, неможливість повернутися до професійної діяльності (d8451 *Збереження роботи*), обмеження участі у сімейному чи суспільному житті *(*d6406 *Допомога в роботі по дому,* d998 *Життя в громаді, соціальне та громадське життя, інше уточнене).*

4. **Контекстові чинники (e).**

- *Бар'єри (*e*):* відсутність пандуса (e1500.3)*,* неадаптоване житло (e1551.3), стигматизація (e460.3).
- *Полегшувачі (*e+*):* наявність активного крісла колісного (e1201.+3), підтримка родини (e310.+4)*,* дотримання державних пільг (e5750.+2).

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК)

Сучасна реабілітація відмовилася від монодисциплінарного підходу (коли пацієнтом опікується лише один лікар). Ефективне відновлення можливе лише за умови роботи **Мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК).**

Склад МДРК та розподіл ролей

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ): очолює команду, відповідає за загальний медичний контроль, координує процес, встановлює первинний медико-реабілітаційний статус та безпечність навантажень.

Фізичний терапевт (ФТ): Оцінює та відновлює рухові функції, грубу моторику, ходьбу, баланс, силу м'язів, амплітуду рухів, добирає технічні засоби реабілітації для пересування.

Ерготерапевт (ЕТ): Оцінює та відновлює дрібну моторику, побутову самостійність (самообслуговування, вдягання, гігієна), адаптує житлове та робоче середовище, добирає засоби адаптації для повсякденного життя.

Терапевт мови та мовлення (ТММ): Оцінює та коригує порушення мовлення, комунікації та ковтання (дисфагію).

Психолог / Психотерапевт: Оцінює емоційний стан, мотивацію, когнітивні функції, працює з депресією, тривогою та допомагає в прийнятті нового стану.

Сестра медична з реабілітації: Забезпечує цілодобовий реабілітаційний догляд, позиціонування пацієнта в ліжку, профілактику ускладнень (пролежнів, контрактур) та контролює виконання щоденних навичок.

Центр команди — Пацієнт та його родина: Пацієнт є активним учасником МДРК. Цілі реабілітації обираються не фахівцями одноосібно, а узгоджуються з потребами та бажаннями самого пацієнта.

МКФ як «спільна мова» мультидисциплінарної команди

До впровадження МКФ кожен фахівець використовував власну професійну термінологію: лікар описував стан патофізіологічно, фізичний терапевт руховими тестами, ерготерапевт оцінкою побутових шкал, а психолог психодинамічними тестами. Це призвело до розкомплектованості реабілітаційного процесу.

Роль МКФ у консолідації МДРК

1. **Уніфікований понятійний апарат:** МКФ надає єдину стандартизовану мову. Коли фізичний терапевт і ерготерапевт використовують код d4402 *(Маніпулювання),* усім членам команди зрозуміло, про який саме домен і рівень порушення йдеться.

2. **Точна постановка SMART-цілей:** На основі категорій МКФ команда встановлює короткострокові та довгострокові цілі реабілітації.

Приклад SMART-цілі: «Зменшити обмеження активності за кодом d4500 (Ходьба на короткі відстані) з кваліфікатора .3 (тяжке) до .1 (легке) протягом 3 тижнів за допомогою опорної тростини (e1201.+2)».

3. **Об'єктивна оцінка динаміки (Re-assessment):** Дозволяє порівняти кваліфікатори МКФ до початку реабілітаційного курсу та після його завершення для доказової оцінки ефективності втручань.

4. **Спадкоємність надання допомоги:** Забезпечує безперервність інформації при переході пацієнта з гострого етапу реабілітації (у лікарні) до після гострого чи довготривалого (у реабілітаційному центрі або амбулаторно).

4. КОНТЕКСТУАЛЬНІ ФАКТОРИ ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС

Поняття про контекстуальні чинники в МКФ. У біопсихосоціальній моделі МКФ функціонування людини не розглядається в ізоляції. Воно завжди є результатом взаємодії між станом здоров'я та **контекстом**, в якому людина живе.

Контекстуальні чинники (Contextual Factors) — це цілісний фон життя та життєдіяльності індивіда. Вони поділяються на дві групи:

1. **Зовнішній контекст:** Фактори навколишнього середовища (е — *Environmental Factors*)

2. **Внутрішній контекст:** Особисті чинники *(Personal Factors)*

Головна ідея для здобувачів: Два пацієнти з абсолютно однаковим анатомічним порушенням (наприклад однаковим рівнем травми спинного мозку) матимуть **різний рівень соціальної адаптації та автономії** залежно від їхнього оточення й особистісних рис.

Фактори навколишнього середовища (*Environmental Factors* — е)

Фактори середовища створюють позаособистісний контекст. Вони охоплюють фізичний світ, соціальне оточення та суспільні установки.

Класифікація доменів середовища у МКФ (Літера **е**):

е1 Продукція та технології: технічні засоби реабілітації (крісла колісні, ортези, слухові апарати), ліки, адаптований транспорт, інформаційні технології.

е2 Природне середовище та зміни довкілля, спричинені людиною: рельєф місцевості, клімат, погода, рівень шуму, освітлення.

е3 Підтримка та взаємозв'язки: родина, друзі, опікуни, медичні фахівці, домашні тварини.

е4 Установки, ставлення та цінності: індивідуальні та суспільні стереотипи, стигматизація, рівень інклюзивності суспільства, ставлення колег чи родичів до особи з інвалідністю.

е5 Послуги, адміністративні системи та політика: державна система охорони здоров'я, соціальний захист, архітектурні будівельні норми, доступність освіти та працевлаштування.

Оцінка середовища:

бар'єри та полегшувачі (фасилітатори)

Один і той самий фактор середовища залежно від контексту може слугувати або бар'єром, або полегшувальним чинником.

Кваліфікація середовища в кодифікації МКФ

Для оцінки впливу середовища використовується спеціальний кваліфікатор після крапки або знаку плюс:

Полегшувач / Сприятливий фактор (+): Чинник, який за допомогою своєї наявності або відсутності покращує функціонування чи зменшує обмеження життєдіяльності.

e… +1 — Легкий полегшувач (5–24 %)

e… +2 — Помірний полегшувач (25–49 %)

e… +3 — Істотний полегшувач (50–95 %)

e… +4 — Абсолютний полегшувач (96–100 %).

Бар'єр (.): Чинник, який обмежує функціонування, створює перешкоди або провокує погіршення стану.

e… .1 — Легкий бар'єр (5–24 %)

e… .2 — Помірний бар'єр (25–49 %)

e… .3 — Тяжкий бар'єр (50–95 %)

e… .4 — Абсолютний бар'єр (96–100 %).

Клінічний приклад порівняння впливу середовища

Чинник середовища	*Як бар'єр (.)*	*Як полегшувач (+)*
Архітектура (e1500)	Вхід до клініки має лише сходи без пандуса (**e1500.3 —** тяжкий бар'єр)	Наявний нормативний пандус, автоматичні двері та широкий ліфт (**e1500.+4 —** абсолютний полегшувач)
Родина (e310)	Гіперопіка родичів, яка блокує самостійність пацієнта, або нехтування доглядом **(e310.2)**	Конструктивна підтримка, допомога у виконанні домашніх вправ **(e310.+3)**
Соціальні ставлення (e460)	Жалість, упередження ставлення **(e460.3)**	Рівне ставлення, інклюзивність, готовність надати адаптоване робоче місце **(e460.+3)**

Особистісні чинники (Personal Factors) та їхній вплив на реабілітацію

Особистісні чинники — це внутрішній контекст життя людини. Вони охоплюють індивідуальні характеристики, які не є частиною медичного діагнозу чи стану здоров'я, але суттєво змінюють перебіг реабілітації.

Важливо! У МКФ особистісні чинники **не мають буквено-цифрових кодів** через надзвичайно велику різноманітність та соціально-культурні відмінності. Проте під час складання Індивідуального реабілітаційного плану (ІРП) МДРК **зобов'язана їх враховувати.**

Ключові особистісні чинники та їх реабілітаційний вплив

1. **Вік і стать.**

Вплив: Визначають біологічний резерв тканин, нейропластичність, а також соціальні ролі та очікування від відновлення.

2. **Мотивація та копінг-стратегії (стиль подолання стресу).**

Вплив: Найважливіший психологічний чинник. Пацієнт із **внутрішньою мотивацією** (активна позиція: *«Я хочу відновитися, щоб повернутися до улюбленої справи»*) демонструє значно вищий прогрес, ніж пацієнт із пасивною чи унікливою копінг-стратегією.

3. **Освіта, професія та інтелектуальний рівень.**

Вплив: Сприяють кращому розумінню реабілітаційних інструкцій, підвищують прихильність до вправ (комплаєнс) та відкривають більше можливостей для професійної переорієнтації (наприклад, перехід на інтелектуальну / віддалену роботу при втраті рухових функцій).

4. **Спосіб життя, звички та минулий руховий досвід.**

Вплив: Людина, яка до травми займалася спортом або вела активний спосіб життя, має краще сформовану схему тіла, м'язову пам'ять та вищу витривалість. Шкідливі звички (куріння, алкоголь) навпаки гальмують регенерацію та знижують толерантність до навантажень.

5. **Характер, психологічна резильєнтність (життєстійкість).**

Вплив: Здатність зберігати самоконтроль та оптимізм під час тривалої реабілітації запобігає розвитку *«набутої безпорадності»* та депресії.

Практичний висновок для фахівця з реабілітації

Стратегія реабілітаційного втручання мультидисциплінарної команди за МКФ полягає у двох головних діях щодо контексту:

1. **Максимально усунути або трансформувати Бар'єри середовища** (адаптувати житло, підібрати ДЗР, провести роз'яснювальну роботу з родиною).

2. **Спиратися на Полегшувачі середовища та сильні особисті сторони пацієнта** (використовувати його хобі, професійний досвід, високу мотивацію та підтримку близьких для досягнення цілей).

5. ПЛАНУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ:

формування SMART-цілей та підбір доказових інтервенцій на основі МКФ

Від оцінювання за МКФ до Індивідуального реабілітаційного плану (ІРП). Оцінювання за МКФ не є самоціллю. Головне завдання мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) — трансформувати виявлений **профіль функціонування** (порушення функцій і структур, обмеження активності та участі, наявні бар'єри) у чіткий, послідовний та вимірюваний **індивідуальний реабілітаційний план (ІРП).**

Логічний ланцюг реабілітаційного планування має такий вигляд: *Оцінювання за МКФ → Визначення проблем пацієнта → Формулювання SMART-цілей → Підбір доказових інтервенцій → Оцінка результату (Re-assessement).*

Золоте правило реабілітації

Реабілітаційні цілі завжди формулюються на рівні **Активності та участі** (d), а не лише на рівні Функцій організму (b). Збільшення м'язової сили чи амплітуди рухів не є кінцевою метою — це лише засіб для того, щоб пацієнт зміг самостійно приймати їжу, пересуватися або повернутися до професійної діяльності.

Часова ієрархія цілей: довгострокові та короткострокові

У реабілітаційному процесі цілі класифікують за часовим горизонтом та рівнем функціонування:

1. Довгострокова ціль (Long-term goal / LTG).

- **Термін:** Охоплює весь реабілітаційний маршрут (зазвичай від 1–3 міс до року).
- **Рівень за МКФ:** Переважно рівень **Участі (p/d)** та комплексної **Активності (a/d).**
- **Фокус:** Повернення до ключових життєвих ролей, професії, соціального життя, досягнення максимальної автономії.
- *Приклад:* «Пацієнт самостійно повернеться до віддаленої роботи бухгалтером та зможе залишати квартиру для прогулянок через 3 місяці».

2. Короткострокова ціль (Short-term goal / STG).

- **Термін:** Формулюється на один реабілітаційний цикл або інтервал (наприклад 1–3 тиж у стаціонарі або 10 сесій).
- **Рівень за МКФ:** Рівень конкретних складових **Активності (a/d)** та підтримуючих **Функцій (b).**
- **Фокус:** Покрокове подолання конкретних функціональних дефіцитів, які заважають досягненню довгострокової цілі.

- *Приклад:* «Пацієнт самостійно долатиме один марш сходів (10 сходинок) за допомогою палиці та поручня протягом 2 тижнів».

Технологія формулювання цілей за системою SMART. Кожна реабілітаційна ціль, яку розробляє МДРК разом із пацієнтом, має відповідати міжнародному стандарту **SMART:**

S — Specific (Специфічна / Чітка): Чітко визначено, яку саме дію або навичку виконуватиме пацієнт (з використанням категорій активності МКФ).

M — Measurable (Вимірювана): Містить критерій оцінки (відстань у метрах, час у секундах, кількість реплік, бали за функціональною шкалою, рівень кваліфікатора МКФ від .4 до .1).

A — Achievable / Attainable (Досяжна): Реалістична для даного пацієнта з урахуванням його біологічного потенціалу, віку та ураження.

R — Relevant / Realistic (Актуальна / Значуща): Відповідає особистим потребам та бажанням самого пацієнта (пацієнтоцентричність), а не лише уявленням лікаря.

T — Time-bound (Обмежена у часі): Чітко вказано термін досягнення (наприклад, «через 14 днів», «до 25 травня»).

Порівняльний аналіз якісного та неякісного формулювання цілей

НЕправильно	*Чому неправильно?*	*Правильно (Формат SMART за МКФ)*
«Розробити колінний суглоб та покращити ходьбу»	Розмито, немає термінів, вимірюваності, фокус лише на функції суглоба	«Пацієнт самостійно проходитиме 50 м за допомогою малої чотириопірної тростини по рівній поверхні за 3 хв через 10 днів» (d4500)
Зменшити спастичність у руці	Це процес / функція (b), а не функціональний результат для життя пацієнта	«Пацієнт зможе самостійно утримувати чашку лівою рукою та пити воду без проливання протягом 2 тижнів» (d4401, d5608)
Навчати пацієнта вдягатися	Описує дію терапевта, а не результат пацієнта	«Пацієнт за допомогою ерготерапевта застібатиме блискавку на куртці за 2 хв через 5 сесій» (d5400)

Добір доказових реабілітаційних інтервенцій (Evidence-Based Interventions). Після встановлення SMART-цілей МДРК обирає відповідні втручання. Сучасна реабілітація спирається на принципи **доказової медицини**: застосовують лише ті методики, дієвість яких підтверджена в наукових дослідженнях (систематичних оглядах, рандомізованих контрольованих дослідженнях — РКД) для конкретного обмеження активності.

Принципи відповідності інтервенцій до виявлених обмежень МКФ

1. **Принцип специфічності (Task-Specific Training).**

- Найкращий спосіб відновити активність — тренувати саму цю активність у реальному контексті, а не ізольовані м'язи.
- *Приклад.* Якщо обмежена ходьба (d4500), то найбільш доказовим втручанням є тренування ходьби (на доріжці, з розвантаженням ваги, надземне тренування), а не просто виконання вправ лежачи на кушетці.

2. **Принцип дозованого навантаження та інтенсивності.**

- Для стимуляції нейропластичності та м'язової адаптації інтервенції мають передбачати належну частоту, тривалість і необхідний обсяг повторень.

Спрямованість втручань за компонентами МКФ

Компонент МКФ	*Обмеження / Проблема*	*Доказова реабілітаційна інтервенція*	*Фахівець МДРК*
Функції (b)	Зниження м'язової сили (b7303)	Силовий тренінг із опором, пасивні / активно-пасивні мобілізації, сенсорна стимуляція	Фізичний терапевт
Активність (d)	Порушення дрібної моторики та самообслуговування (d4402, d598)	Репетиторне тренування побутових навичок, CIMT (дзеркальна терапія / терапія форсованим використанням), адаптація предметів побуту	Ерготерапевт
Активність (d)	Обмеження пересування та балансу (d4500, d451, d4154)	Тренування балансу на стабілоплатформі, специфічне тренування ходьби з ДЗР, подолання сходинок	Фізичний терапевт
***Середовище* (e)**	Архітектурні бар'єри (e1551), відсутність ДЗР (e1201)	Ерготерапевтичний візит додому, оцінка та висновок щодо адаптації житла, підбір та підгонка крісла колісного	Ерготерапевт, ФТ

Оцінка ефективності та корекція плану (Re-assessment)

Реабілітаційний процес є циклічним. Наприкінці визначеного часового проміжку (після закінчення терміну SMART-цілі) МДРК проводить повторне оцінювання:

➢ Якщо ціль **досягнута** → кваліфікатор МКФ змінюється на сприятливіший (наприклад з **.3** до **.1**), і команда формулює наступну SMART-ціль вищого рівня.

➢ Якщо ціль **не досягнута** → команда аналізує причини (не реалістичність термінів, виникнення медичних ускладнень, приховані бар'єри середовища, зниження мотивації) та переглядає або коригує реабілітаційні інтервенції.

Навчальне видання

ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я Й ІНТЕРВЕНЦІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Методичні вказівки для студентів 1-го курсу за спеціальністю «Терапія та реабілітація» першого (бакалаврського) рівня освіти

Упорядники Марковська Олена Володимирівна
Гурбич Олександр Сергійович
Мартиненко Наталія Миколаївна

Відповідальна за випуск О. В. Марковська



Редактор Е. Є. Депрінда
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 5,0. Зам. № 26-87.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.