

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ



ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІСТОРИЧНО СТВОРЕНИХ МОДЕЛЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ, БАЗОВАНИХ НА МІЖНАРОДНІЙ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗДОРОВ'Я, А ТАКОЖ – НА МІЖНАРОДНІЙ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ І ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

Гординська Мар'яна
Центр реабілітації «Модричі»

Анотація

Стаття посвячена аналізу и сравненію модели реабилитации основанной на Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья с моделью, основаной на Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Ключевые слова: реабилитация, здоровье, жизнедеятельность, Международная квалификация болезней.

Annotation

The article is devoted to the analysis and comparison of the model of rehabilitation based on the International classification of functioning, life expediency and health and the model of rehabilitation based on the International classification of illnesses and health problems.

Key words: rehabilitation, health, life expedience, International classification of illnesses.

Постановка проблеми. Ставлення суспільства до осіб з обмеженими можливостями визначаються філософією цього суспільства. Останні роки в нашій країні багато зусиль спрямовано на побудову сучасної системи реабілітації. Активно змінюються пострадянські стереотипи організації, кадрового забезпечення та принципів надання реабілітаційних послуг. Проте без зміни філософії та підходів, законодавчої бази з питань визначення груп інвалідності та подальшого надання реабілітаційних послуг система не зможе повноцінно працювати. «Це переосмислення ставлення до проблеми – інвалід чи людина з обмеженням життєдіяльності та функцій. Ми сподіваємося на плідну співпрацю з нашими колегами, зокрема у підготовці відповідної директиви Кабінету Міністрів України. Адже потреба у відновленні здоров'я та функцій людей зростає щодня. Кількість пацієнтів, які потребують реабілітації збільшується через події



на сході України», – каже Оксана Сивак, заступник Міністра охорони здоров'я України з питань європейської інтеграції [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В середньовіччя побутувала думка, що хвороба та інвалідність – це результат діяння злих духів, осіб з обмеженими можливостями вважали «одержимими» і суспільство їх цуралося. Часто таких людей спалювали на вогні як відьом, або вони відігравали роль придворних блазнів.

Згодом, в 20-му столітті, збільшення кількості людей з обмеженими можливостями було неминучим. Великомасштабні глобальні конфлікти цього часу залучали молодих людей на військову службу більше, ніж будь-коли раніше. Багато військових виживали незважаючи на серйозні травми, але повертались до дому з важкими неповносправностями. Сім'ї та громади не хотіли залишатись байдужими, коли їхні нещодавно покалічені друзі та близькі залишалися ізольованими і не могли брати участь у повсякденному житті. У зв'язку з величезною зміною парадигми в соціальній філософії та ставлення до інвалідності багато військових госпіталів почали розробляти ранні програми реабілітації для реінтеграції поранених військових в свої громади. Ці програми реабілітації військових створили основу, на якій будувалася сучасна реабілітаційна модель.

На сьогоднішній день, завдяки прогресу в галузі охорони здоров'я, збільшується кількість людей, які вижили після важких травм і супутніх ускладнень, що є основним фактором збільшення якості та об'єму надання реабілітаційних послуг.

Необхідність лікування та повернення в суспільство поранених солдат під час Першої світової війни стає початковим імпульсом виникнення галузі реабілітації. Зокрема, в Сполучених Штатах та Західній Європі прохо-

дить процес виокремлення таких реабілітаційних спеціальностей, як фізичний терапевт, ерготерапевт, лікар фізичної та реабілітаційної медицини.

У 1914 році у Військовому госпіталі Волтера Ріда, Вашингтон, округ Колумбія, була заснована перша фізіотерапевтична школа [7].

Метою створення реабілітаційних програм в межах військових госпіталів було повернення солдат до військової служби та їхня участь в бойових діях. Так, в 1917 році майор медичного корпусу Френк Грейнджер був призначений директором фізіотерапевтичної служби відділу відновлення. У відділенні пацієнти виконували вправи різної складності, починаючи з рівня 1 – найпростішого, до рівня 5 – найскладнішого. Вправи розроблялись із врахуванням рівня важкості ураження пацієнта, були спрямовані на відновлення пацієнта та вважались третім етапом медичної допомоги [7].

В 1917 році Джорж Бартон та інші прихильники «трудового підходу при лікуванні» організували «Товариство промоції ерготерапії» (теперішня назва – Американська Асоціація Ерготерапії). Цього ж року було імплантовано стандартифікацію освітніх програм ерготерапії [9].

У 1921 році Мері Макмілан, фізичний терапевт, була першим засновником організації «Асоціація фізичної терапії», яка згодом була перейменована на «Американську асоціацію фізичної терапії» [6].

В 1929 році Франк Х. Крюцен, лікар, заснував перший відділ фізичної та реабілітаційної медицини в Університеті Темпл, Філадельфія. Саме він запропонував термін «фізіотерапевт» в 1938 році. Багато досліджень щодо впливу гідротерапії і процедур в цей час було проведено в Європі і Скандинавії. А також в цей період комітетом експертів

США у галузі освіти, гідрології, працетерапії будувалася спільна команда, дії якої були спрямовані на вивчення механіки тіла і профілактику травматизму [7].

В Західній Європі розвиток реабілітації був менш інтенсивним. У Великобританії 1 лютого 1944 року був відкритий Національний центр спінальної травми в лікарні Сток Мандевіль, Букінгемшир. Засновником і директором був сер Людвіг Гуттман, нейрохірург. Він вважав, що спорт є основним методом терапії поранених військовослужбовців. Власне використання засобів та методів спортивного тренування допомагає їм відновлювати втрачену фізичну силу та повагу до себе. Результатом діяльності цього центру стало проведення 28 липня 1948 року перших ігор Сток Мандевілл для людей з особливими потребами. Ці ігри стали початком виникнення Паралімпійських ігор. Ще однією вагомою подією стало заснування Британської спортивної асоціації інвалідів у 1961 році з ініціативи сера Людвіга Гуттмана, яка пізніше стала відома як Англійська федерація спорту інвалідів. У тому ж році він став інавгураційним президентом Міжнародного медичного товариства «Параплегія» (нині Міжнародне товариство зі спинного мозку (International Spinal Cord Society (ISCoS)) [8].

Східна Європа мала свій шлях і свою модель розвитку реабілітації. Світові війни 20-го століття для країн Східної Європи теж були поштовхом до пошуку ефективних методів та форм відновлення військових. Після Першої світової війни Україна пережила важкі часи громадянської війни, голоду, тому лише після Другої світової війни відновне лікування розвинулось як система. В 1922 році Україна без західної частини увійшла до складу СРСР. Всі ці події розділили шлях розвитку реабілітації на радянський та західний. Відрізнявся також розви-



Порівняння поняття «особа з неповносправністю»

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

ток реабілітаційних спеціальностей. Західній спеціальності лікар фізичної та реабілітаційної медицини в радянській моделі ототожнювався лікар-фізіотерапевт і лікар з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, спеціальності фізичний терапевт-інструктор лікувальної фізкультури, спеціальності ерготерапевт – трудотерапевт.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) як наукова дисципліна в СРСР була сформована після Жовтневої революції 1917 року. Велику роль відіграв в її розвитку перший нарком охорони здоров'я Семашко Н.А. Термін «лікувальна фізкультура» був затверджений Пленумом Ради фізкультури Наркомздрава СРСР в 1929 році. Цим терміном були замінені старі терміни «кінезотерапія», «мототерапія», «лікувальна гімнастика» [2].

В розвитку ЛФК в СРСР можна виділити 4 основних етапи:

- Перший етап (1923-1939 роки) – розповсюдження і введення ЛФК в систему санаторно-курортного лікування. В 1928 році в Центральному інституті фізкультури, в Москві, створена кафедра ЛФК, яку очолив І.М. Саркізов-Серазіні.

- Другий етап (1931-1941 роки) – введення ЛФК в загальну систему лікувально-профілактичних заходів із застосуванням диференційованих методик при різних серцево-судинних захворюваннях, в гінекології, акушерстві, травматології.

- Третій етап (1941-1945 роки) – знаменитий широким використанням ЛФК в період Другої світової війни в військових госпіталях.

- Четвертий етап почався з 1945 року і характеризується подальшим широким упровадженням ЛФК в систему лікувально-профілактичних заходів, створенням госпіталів для інвалідів війни, збільшення кількості спеціалізованих санаторіїв, де ЛФК було одним з основних методів відновлення [2].

Важлива особливість метода ЛФК – сталі комплекси вправ, які орієнтовані на відновлення пошкодженого органу і фізіологічної функції, з обов'язковою активною участю самого хворого в лікувальному процесі. В організації лікування хворих спокій і рух не суперечать, а доповнюють один одного. Проте цей метод не ставить цілі щодо адаптації та

інтеграції у суспільство. Перша і Друга світові війни пройшли на території України, тим не менше сьогодні, маючи знову військові дії на нашій території, ми визнали недієздатність медичної моделі реабілітації.

Після здобуття незалежності України пройшло 25 років перш, ніж на законодавчому рівні спеціальності сфери реабілітації були приведені у відповідність до європейських та світових стандартів указом Президента України Петра Порошенка від 3 грудня 2015 року №678/2015 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю». В ньому йдеться зокрема про забезпечення до 1 квітня 2016 року розроблення і затвердження кваліфікаційних характеристик професій ерготерапевта та ергономіста, лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, а також вжиття заходів щодо запровадження навчання за відповідними спеціальностями [3].

Проте спільним історично складеним фактом для радянського, а пізніше українського, та західного шляхів розвитку моделі реабілітації є ефективність використання спорту для реабіліта-



Рівні використання МКФ

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

ції осіб з інвалідністю. Україна за час своєї незалежності змогла сформувати систему, яка, в обхід медицини та раннього етапу реабілітації осіб з важкими ушкодженнями, показала найвищі результати на Паралімпіадах, залучення до любительського спорту. Ефективність підходу використання засобів і методів спортивного тренування в реабілітації є тактика, орієнтована на результат. Результатом є участь не лише в змаганні, але й активна участь у житті суспільства. Особи зі значними ураженнями проявляють найвищі показники не лише фізичні, але й активно-го, незалежного способу життя: як під час спортивної кар'єри, так і після її закінчення. Маючи в спадок від Радянського Союзу резервації у вигляді санаторіїв, повну архітектурну та світогляд-

ну недоступність, українці з неповносправністю змогли, ціною неймовірних зусиль, з'явитися у повсякденному житті нашого суспільства.

Мета. Проаналізувати та порівняти моделі реабілітації базованих на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я та Міжнародній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Результати досліджень та їх обговорення. Основа філософії західної моделі системи реабілітації – це абсолютне і безкомпромісне бажання бачити людей з неповносправністю на вулицях, в школах, в себе в колективі, в кожному місці життя. Ціль, яка змінює історію. Стратегія, яка змінює систему. Ця філософія формувалася десятиліттями після світових воїн 20-го століття і зна-

йшла своє формулювання у вигляді Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ).

МКФ є міжнародним стандартом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для опису та вимірювання здоров'я та неповносправності як на індивідуальному рівні, так і на рівні суспільства. У 1988 році була опублікована перша версія МКФ. Цей документ був офіційно схвалений усіма 191 країнами-членами ВООЗ на П'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54.21). МКФ переглядається щорічно [4].

Міністерство охорони здоров'я України офіційно ініціювало складний і тривалий шлях впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежен-



ня життєдіяльності та здоров'я в українську реабілітацію. В.о. Міністра охорони здоров'я Уляна Супрун підписала відповідне окреме доручення 15 грудня 2016 року. Першочергові кроки, що заплановані на найближчий час, – проведення тренінгів з питань МКФ від Всесвітньої організації охорони здоров'я. Це дасть змогу донести до української медичної спільноти знання про МКФ та можливості її використання. Готується переклад українською мовою та розробка обов'язкової статистичної облікової документації з надання реабілітаційної допомоги для загальних і реабілітаційних підрозділів охорони здоров'я, внесення змін до законодавства з питань реабілітації та інвалідності. Для розвитку реабілітації в Україні нашому медичному товариству та суспільству необхідно змінити саме розуміння «інвалідності» на сучасне та міжнародно узгоджене – обмеження життєдіяльності та функціонування. Така потреба підкріплена і висновком експертів Оціночної місії ВООЗ, які здійснювали комплексну оцінку системи реабілітації в Україні у грудні 2016 року [1]. МКФ забезпечує основу для організації та ведення документації щодо функцій та неповносправності, а також класифікації та кодування, які використовуються протягом усього життя для всіх вікових груп населення. МКФ використовується для вимірювання функціонування в суспільстві, незалежно від того, якою є причина вади. ВООЗ більше не зараховує осіб з інвалідністю до окремої категорії. МКФ «визнає, що кожна людська істота може мати погіршення здоров'я і, таким чином, відчувати певну неповносправність» (ВООЗ, Женева, 2002). МКФ «вводить в основне русло» досвід неповносправності і бачить його в якості універсального людського досвіду, а не лише щось, що трапляється з незначною частиною людства (ВООЗ, Женева, 2002).

МКФ є однією з багатьох систем класифікацій в рамках ВООЗ. Основні дві системи, які зазвичай використовуються медичними командами, – це Міжнародна класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) та Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Обидві використовують числові системи класифікації [4].

Визначення поняття «особа з неповносправністю» залежно від моделі реабілітації наведено у таблиці 1.

Міжнародна класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям – це діагностичний класифікаційний стандарт для всіх клінічних і дослідницьких цілей. Також є основою для визначення тенденцій та статистики охорони здоров'я та неповносправності в контексті здоров'я. Використання включає в себе моніторинг захворюваності та поширеності захворювань, підрахунок смертей, а також хвороби, травми, симптоми, причини, фактори, що впливають на стан здоров'я та зовнішні причини захворювання [5]. МКФ – це рамки для організації та ведення документації щодо інформації про функціонування та неповносправність. Використовується для класифікації охорони здоров'я та неповносправності в контексті здоров'я.

Медична модель обмеження життєдіяльності, на якій поки ще базується вітчизняна охорона здоров'я, передбачає розподіл осіб на здорових і хворих. Лікаряю відведено керівну роль у відновленні хворої особи. [1]. Неспроможність цієї моделі повернути людину до активної участі в суспільстві особливо проявила себе по відношенню до осіб з важкими травмами центральної нервової системи.

МКФ об'єднує дві основні моделі щодо неповносправності – медичну модель і соціальну модель як «біо-психо-соціальний

синтез». Це – модель, яка визнає роль факторів зовнішнього середовища (оточення) і стану здоров'я, визнає умови індивідуального психічного і фізичного здоров'я. Якщо людина не може ходити взагалі або ходити до школи, це може бути пов'язано з будь-якою кількістю захворювань. МКФ може використовуватися на індивідуальному, інституційному і соціальному рівнях. У таблиці 2 наведені приклади кожного з цих застосувань.

Під час обговорення питання реабілітації та реабілітаційного догляду, важливо спочатку зрозуміти деякі ключові терміни, які зазвичай використовуються в даній сфері. В реабілітаційній системі для оцінки функціонування МКФ визначає деякі з цих ключових термінів:

- ушкодження (impairment) – будь-яка аномалія чи втрата психологічних, фізіологічних, анатомічних структур або фізіологічних функцій. Відбувається на рівні органу, структури, функції;

- порушення життєдіяльності (disability) – обумовлені ушкодженням, будь-які обмеження чи втрата можливості виконувати повсякденну діяльність у спосіб або в обсязі, що вважаються нормальними для людської істоти. Настає на індивідуальному рівні діяльності в результаті ушкодження;

- інвалідність (handicap) – обмеження та перешкоди для виконання соціальної ролі, що вважається нормальною для даного індивідуума. Відбуваються на рівні участі в суспільстві. Обумовлені порушенням життєдіяльності.

Ці поняття є ключовими також і для постановки цілей реабілітації. В реабілітації основна увага повинна концентруватися не на порушенні органу, структури чи діяльності, а на участі в суспільстві, вирішенні життєвих проблем, інтеграції та адаптації.



Науково-доказова практика в реабілітації потребує не лише об'єму знань, але й вміння вибрати найефективнішу стратегію терапії, яка включає оцінку стану пацієнта за допомогою відповідних інструментів, постановку цілей терапії, планування програми та аналіз результатів терапії. Ця стратегія має застосовуватись на всіх рівнях: соціальному - як соціальна політика та створення умов в суспільстві для інтеграції; інституційному – як стратегія надання реабілітаційних послуг, підготовки спеціалістів; індивідуальному – як стратегія індивідуальної програми реабілітації, формулювання цілей реабілітаційної команди для конкретного пацієнта.

Висновок. Проводячи історичну паралель розвитку пострадянської моделі в Україні із даними щодо розвитку західної моделі реабілітації осіб з обмеженими можливостями, робимо висновок про різницю стратегій, які побудовані на різних цілях. Власне стратегія західної соціальної моделі реабілітації, яка побудована з ціллю на рівні участі по МКФ, є тією основною відмінністю з пострадянською моделлю, яка базувалася на медичному підході (МКХ), з цілями на рівні структури.

Цей аналіз стане основою для створення стратегій на всіх рівнях по МКФ (соціальний, інституційний, індивідуальний) для реабілі-

таційних команд, які працюють з пацієнтами з травмою хребта і спинного мозку.

Література

1. Офіційне інтернет-представництво Президента України, Указ Президента України Петра Порошенка від 3 грудня 2015 року №678/2015 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» [Електронний ресурс].- 03.12.2015.- Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/6782015-19605>
2. Попов С.Н. Лечебная физическая культура : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / [С.Н. Попов, Н.М. Валеєв, Т.С. Гарасєва и др.]. - М.: издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.
3. Урядовий портал, – єдиний веб-портал органів виконавчої влади України «МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування» [Електронний ресурс]. – 19.12.2016. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html
4. Classifications. International classification of functioning, disability and health [Electronic resource].- Electronic data.-27 January 2017. -Mode of access: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
5. Classifications. International classification of diseases [Electronic resource].- Electronic data.- 29 November 2016. Mode of access:<http://www.who.int/classifications/icd/en/>
6. Development of the field of physical therapy. Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri [Electronic resource]. – published by the Bernard Becker Medical Library. – 2009. – Mode of access:<http://beckerexhibits.wustl.edu/mowihsp/health/PT-devel.htm>
7. Folz T.J. The history of physical medicine and rehabilitation as recorded in the diary of Dr .Frank Krusen: Part 1. Gathering momentum (the years before 1942)/ Folz TJ, Opitz JL, Peters DJ, Gelfman R. [Electronic resource]. – Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1997; 78:442-5. – Electronic data. – June 2015.-Mode of access: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(97\)90240-9/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(97)90240-9/pdf)
8. Ludwig Guttman. Wikipedia, the free encyclopedia [Electronic resource].- Electronic data.-10.07.2017.- Mode of access: https://en.wikipedia.org/wiki/Ludwig_Guttman
9. Schell B., Occupation therapy, Schell, B., Gillen, G., Scaffa, M.- 2014,12th ed., pp. 4, 13-14, 791-807

