

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, В.В. Сотніченко

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології  
МОЗ України, м. Київ  
v\_pishel@yahoo.com**Ключові слова:**Міжнародна  
класифікація  
функціонування,  
шизофренія, рівень  
активності та участі у  
повсякденному житті.

У статті викладено досвід застосування опитувальників рівня активності та участі у повсякденному житті, створених на основі Міжнародної класифікації функціонування. Проведено порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки цих показників хворими на шизофренію та оцінки, наданої лікарями-психіатрами.

**Актуальність.** Розробка комплексних програм медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади з високим рівнем інвалідизації, в тому числі на шизофренію, залишається одним з пріоритетних напрямків охорони психічного здоров'я. Задля визначення рівня функціонування пацієнтів, оцінки якості та ефективності медико-соціальної допомоги, прогнозування її результатів надзвичайно важливим є застосування відповідного стандартизованого, валідного та надійного інструментарію. В якості такого інструментарію ВООЗ (2001 р.) запропонувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я (МКФ). Основні положення МКФ та аналіз можливостей її використання в психіатричній практиці висвітлено у нашій попередній публікації [1].

Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за допомогою двох шкал – загальної (здоров'я та обмеження життєдіяльності) та шкали контекстних факторів [14]. Хвороба призводить до змін на одному або більше рівнях загальної шкали: на рівні організму або органа (B – body); на рівні діяльності, яку хворий здатен виконувати (A – activity); його функціонування в соціальному оточенні (P – participation). Компонентами шкали контекстних факторів є фактори навколишнього середовища та особистісні. МКФ містить більше 1800 категорій, які структуровані відповідно до цих п'яти компонентів та відображають різні стани, пов'язані зі здоров'ям. Категорії можуть бути 1-го, 2-го, 3-го або 4-го рівнів. У кожній категорії є код, значення якого обирають з переліку наданих виходячи з рівня здоров'я або тяжкості проблеми, пов'язаної з даною категорією (табл. 1). Ці коди дозволяють користувачеві класифікувати необхідну інформацію про рівень соціального функціонування та стан здоров'я хворого.

Компоненти МКФ «активність» та «участь у соціальному оточенні» складаються з чотирьох класифікаторів. Перший класифікатор описує продуктивність роботи, тобто, що пацієнт робить у нинішніх умовах. Продуктив-

ність визначається як «участь у життєвій ситуації» або «життєвий досвід» пацієнта в його фактичному контексті. Другий класифікатор визначає потенційну здатність пацієнта виконати завдання чи дії, він описує найвищий ймовірний рівень функціонування у конкретній ситуації. Третій і четвертий класифікатори дозволяють кодувати продуктивність та потенційну спроможність виконувати завдання, враховуючи різні види допомоги або її відсутність [14].

Міжнародні стандарти та рекомендації щодо охорони здоров'я наголошують на здатності хворого брати активну участь у всіх аспектах лікувального процесу [15]. Пацієнт має право бути вислуханим і брати участь у прийнятті рішень, які стосуються можливих втручань у його здоров'я. Така можливість може бути досягнута шляхом урахування думки пацієнта щодо рівня його функціонування при кодуванні компонентів МКФ. Крім того, сучасні дослідження ефективності реабілітаційних програм для хворих з психічними розладами встановили важливість хоча б часткового контролю цього процесу з боку пацієнтів [3, 11].

**Мета** даного дослідження – визначення взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою власної «активності» та «участі в повсякденному житті» пацієнтом та оцінкою відповідних компонентів лікарем-психіатром за допомогою класифікаторів МКФ.

**Таблиця 1.** Структура Міжнародної класифікації функціонування на прикладі окремих розділів («загальні завдання та вимоги», «спілкування»)

Розділ МКФ та його категорії	Рівень
d2 Загальні завдання та вимоги	Перший
d210 Розуміння окремих завдань	Другий
d2100 Розуміння простих завдань	Третій
d2101 Розуміння складних завдань	Четвертий
d3 Спілкування	Перший
d350 Розмова	Другий
d3500 Початок розмови	Третій
d3501 Підтримка розмови	Четвертий

**Матеріали та методи дослідження**

У дослідження було включено 29 пацієнтів (16 чоловіків і 13 жінок) у віці 22–66 років з діагнозом «шизофренія», які перебували під амбулаторним спостереженням. Середній вік пацієнтів склав (40±5,1) року (чоловіків – (40,7±4,9); жінок – (39,1±5,0)).

Обстеження проводили у два етапи з використанням опитувальника, створеного на основі МКФ. На першому етапі визначали суб'єктивну оцінку пацієнтом власної «активності» та «участі в повсякденному житті», на другому – оцінку відповідних компонентів лікарем-психіатром.

Компоненти «активність» та «участь в повсякденному житті» містять дев'ять розділів, які стосуються різних сфер життя. Розділи, в свою чергу, поділяються на категорії (табл. 2). Таким чином, було створено два опитувальники із 248 категоріями.

**Таблиця 2. Структура компонентів «активність» та «участь у повсякденному житті»**

Розділи	Кількість категорій
d1 Навчання та застосування знань (d110–d177)	18
d2 Загальні задачі та вимоги (d210–d2402)	18
d3 Спілкування (d310–d3602)	25
d4 Рухливість (d410–d480)	62
d5 Самообслуговування (d510–d5702)	26
d6 Повсякденне життя (d610–d6605)	32
d7 Міжособистісні відносини та стосунки (d710–d7702)	32
d8 Основні сфери життя (d810–d8701)	19
d9 Життя в спільноті, суспільне та громадянське життя (d910–d950)	16

Опитувальник для суб'єктивної оцінки заповнювали самі пацієнти. Їм пропонували оцінити рівень задоволеності та успішності у виконанні різних видів завдань та дій, які вони зазвичай виконують в повсякденному житті. При цьому потрібно було оцінювати найчастіші ситуації, а не спиратися на унікальні, поодинокі випадки. Відповіді ранжували від 0 балів – «найбільше задоволення та успішність» до 4-х – «найбільше невдоволення та неуспішність». Опитувальник мав на меті відобразити суб'єктивну задоволеність пацієнтів виконанням різного виду завдань та дій, запропонованих МКФ. Друга оцінка була проведена лікарем-психіатром за тими самими ка-

тегоріями, 0 балів – труднощі в даній категорії відсутні, 4 – максимальні труднощі.

**Результати та їх обговорення**

За результатами дослідження виявлено різницю між оцінками, зробленими лікарем та пацієнтом, щодо різних сфер функціонування (табл. 3). Найнижчі показники як суб'єктивної, так й об'єктивної оцінки виявлено в розділі «основні сфери життя» в наступних категоріях – освіта, працевлаштування, економічна / матеріальна незалежність. Ще у трьох розділах виявлена низька задоволеність пацієнтів: «спілкування» (категорії «підтримка розмови» та «дискусія»), «загальні задачі та вимоги» (категорії «виконання простих та складних завдань», «виконання щоденного розпорядку дня», «подолання стресу та інших психологічних навантажень»), «життя в спільноті, суспільне та громадянське життя». Найвищі оцінки щодо задоволеності та успішності пацієнти надали в розділі «самообслуговування».

Найвищий рівень кореляції між оцінками пацієнта та лікаря було виявлено щодо розділу «самообслуговування» (0,374,  $p=0,046$ ), на другому місці – «життя в спільноті, суспільне та громадянське життя». Оцінки за рештою 7-ма розділами показали низьку кореляцію (між 0,074 та 0,313).

Встановлено, що розділ «основні сфери життя» хворі на шизофренію оцінили як такий, що викликає найбільше незадоволення. Це означає, що пацієнти зазнають труднощів з працевлаштуванням, навчанням та економічною незалежністю. Ці сфери пов'язані між собою, оскільки безробіття призводить до соціальної ізоляції та ускладнює планування повсякденного життя. Безробіття впливає і на матеріальне становище пацієнта. Виникає порочне коло. Проблема працевлаштування, як основа інших соціальних обмежень пацієнтів з тяжкими психічними розладами, визначається і в інших дослідженнях з використанням МКФ [4, 8, 12, 13].

Також пацієнти виявили низьку задоволеність та неуспішність в розділах «спілкування» та «загальні задачі та вимоги» стосовно повсякденних справ. Цей результат збігається з даними більш ранніх досліджень, які показали, що щоденний побут належить до проблемних сфер осіб з психічними розладами [5–7]. Пацієнти мають проблеми з організацією повсякденної діяльності, яка була б соціально прийнятна.

**Таблиця 3. Взаємозв'язок між оцінками пацієнта та лікаря-психіатра за розділами компонентів «активність» та «участь у повсякденному житті» Міжнародної класифікації функціонування (в балах)**

Розділи МКФ	Медіана оцінки		Рівень кореляції
	Пацієнт	Лікар-психіатр	
d1 Навчання та застосування знань	1,39 (0,00–2,50)	1,39 (0,11–2,11)	0,281
d2 Загальні задачі та вимоги	1,76 (0,72–3,17)	1,88 (0,56–2,67)	0,246
d3 Спілкування	1,76 (0,00–2,68)	1,52 (0,36–2,52)	0,237
d4 Рухливість	1,63 (0,07–2,40)	0,51 (0,02–1,33)	0,313
d5 Самообслуговування	1,00 (0,00–2,28)	0,50 (0,00–1,35)	0,374
d6 Повсякденне життя	1,66 (0,00–3,38)	1,69 (0,25–2,78)	0,074
d7 Міжособистісні відносини та стосунки	1,56 (0,00–3,09)	1,93 (0,94–3,38)	0,231
d8 Основні сфери життя	2,00 (0,00–4,00)	2,53 (1,53–3,35)	0,264
d9 Життя в спільноті, суспільне та громадянське життя	1,75 (0,00–3,00)	2,00 (0,56–3,00)	0,324

## Висновки

У даному дослідженні встановлено, що більш значний ступінь труднощів визначає лікар-психіатр, ніж сам пацієнт. Подібні відмінності було виявлено й у попередніх дослідженнях [2, 5, 9, 10]. Ці дані підкреслюють важливість використання альтернативних методів оцінки (самооцінка пацієнта, спостереження лікаря) для спроби зрозуміти та оцінити рівень повсякденного життя хворого. Результати двосторонньої оцінки повинні братися до уваги при розробці та впровадженні реабілітаційних програм для хворих на шизофренію.

## Список використаної літератури

1. Сотніченко В. В. Сучасний підхід до комплексної оцінки рівня функціонування та життєдіяльності хворого на шизофренію / В. В. Сотніченко, В. Я. Пишель, М. Ю. Полив'яна // *Архів психіатрії*. – 2014. – № 3. – С. 45–48.
2. Bruyère S. M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview / S. M. Bruyère, S. A. Van Looy, D. B. Peterson // *Rehabilitation Psychology*. – 2005. – Vol. 50 (2). – P. 113–121.
3. Creek J. *Occupational therapy and mental health*. 4th ed / J. Creek. – Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. – 552 p.
4. Darzins P. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy / P. Darzins, S. Fone, S. Darzins // *Australian Occupational Therapy Journal*. – 2006. – Vol. 53 (2). – P. 127–131.
5. Foldemo A. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff / A. Foldemo, A.-C. Ek, L. Bogren // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2004. – Vol. 39 (5). – P. 381–385.
6. Haglund L. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF / L. Haglund, C. Henriksson // *Occupational Therapy International*. – 2003. – Vol. 10 (4). – P. 253–268.
7. Haglund L. Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses: schizophrenia and mood disorders / L. Haglund, L.-H. Thorell, J. Wälinder // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52 (3). – P. 223–229.
8. Nordenfelt L. On health, ability and activity; comments on some basic notions in the ICF / L. Nordenfelt // *Disability and Rehabilitation*. – 2006. – Vol. 28 (23). – P. 1461–1465.
9. Raymont V. The inter-rater reliability of mental capacity assessments / V. Raymont, A. Buchanan, A. David [et al.] // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 30 (2). – P. 112–117.
10. Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients / R. Cairns, C. Maddock, A. Buchanan [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187. – P. 372–378.
11. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation / M. Cerniauskaite, R. Quintas, C. Boldt [et al.] // *Disability and Rehabilitation*. – 2011. – Vol. 33 (4). – P. 281–309.
12. Tenorio-Martínez R. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist / R. Tenorio-Martínez, M. del Carmen Lara-Muñoz, M. Medina-Mora M // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2009. – Vol. 44 (5). – P. 377–384.
13. Vessby K. Participation in occupational therapy research: a literature review / K. Vessby, A. Kjellberg // *British Journal of Occupational Therapy*. – 2010. – Vol. 73 (7). – P. 319–326.
14. World Health Organization. 2001a. International classification of functioning, disability, and health. Geneva: World Health Organization [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: [http://www.who.int/classifications/icf/icf\\_more/en/](http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/)
15. World Health Organization. The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

### ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.Я. Пишель, М.Ю. Поливьяная, В.В. Сотниченко

В статье представлен опыт использования опросников уровня активности и участия в повседневной жизни, созданных на основе Международной классификации функционирования. Проведен сравнительный анализ субъективной оценки этих показателей больными шизофренией и врачами-психиатрами.

**Ключевые слова:** Международная классификация функционирования, шизофрения, уровень активности и участия в повседневной жизни.

### USING EXPERIENCE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING FOR ALTERNATIVE ASSESSMENT OF ACTIVITY AND PARTICIPATION IN DAILY LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. Pishel, M. Polyviana, V. Sotnichenko

The article presents the experience of using questionnaires of the level of activity and participation in daily life based on the International Classification of Functioning. A comparative analysis of the subjective assessment of these indicators by patients with schizophrenia and by psychiatrists are conducted.

**Key words:** International Classification of Functioning, schizophrenia, level of activity and participation in daily life.

УДК:616.89

О.М. Мишаківська

## ПРИКЛАДИ НАДАНИЯ ДОПОМОГИ У РОЗВИНУТИХ КРАЇНАХ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЇ В УКРАЇНІ

Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Львів

[o.myshakivska@gmail.com](mailto:o.myshakivska@gmail.com)

### Ключові слова:

деменція, реформи, амбулаторна допомога, економічний ефект.

Зростання числа людей похилого віку, так зване постаріння населення, яке спостерігається і в Європі, і в Україні, спричиняє збільшення числа хворих на деменцію та створює різні труднощі в суспільстві, в тому числі для сімей та доглядачів, з якими ці хворі проживають. Базуючись на досвіді інших країн ми зробили висновок про необхідність реформування медико-соціальних служб з надання допомоги цій групі людей, запропоновано створення амбулаторних закладів та спрогнозовано їх економічний ефект.

**Актуальність.** Деменції призводять до порушення щоденного та соціального функціонування хворого. Ураження логічного та абстрактного мислення не дозволяє пацієнтам виконувати щоденні обов'язки, унеможливує їх самообслуговування. На ранніх етапах розвитку деменцій виникають порушення, які, на перший погляд, здаються фізичними, а саме: зменшення

рухливості, мобільності, труднощі у користуванні предметами побуту. Когнітивна та фізична неспроможність хворих позбавляє їх здатності мешкати самостійно та робить залежними від стороннього догляду. Одним із найскладніших моментів, який асоціюється з деменцією, є різноманітні поведінкові розлади, які вимагають організації особливого догляду. Блукання, повторні