

17. Disability discrimination [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.acas.org.uk/index.aspx?articleid=1859>.

18. Global Health Strategy 2014 to 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/354156/Global_Health_Strategy_final_version_for_publication120914.pdf.

19. Royal College of Occupational Therapists: Helping people to live, not exist [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rcot.co.uk/>.

20. Work and disabled people [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.gov.uk/browse/disabilities/work>.

21. Seeable accessible active holidays for blind and visually impaired [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://seable.co.uk/>.

22. Кабакович Г.А., Полежаева К.В. Монографический анализ положения людей с ограни-

ченными возможностями в азиатских странах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://files.scienceforum.ru/pdf/2014/7083.pdf>.

23. Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана. Межправительственное совещание высокого уровня по заключительному обзору хода осуществления Азиатско-тихоокеанского десятилетия инвалидов, 2003-2012 годы. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rud.exdat.com/docs/index-682225.html>.

24. Вехи борьбы с дискриминацией инвалидов в Японии [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nippon.com/ru/currents/d00133/>.

25. «Инвалидность – проблема не человека, а среды»: как в Японии формируются условия для людей с ограниченными возможностями [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://news.ifmo.ru/ru/university_live/social_activity/news/7825/



УДК 616-036.649

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я В ЗАСТОСУВАННІ ДО МОЛОДИХ ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ СТАТУС ДИТИНИ-ІНВАЛІДА

Ю. О. Гончар¹, В. В. Храмцова², Є. В. Чирва

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

¹ORCID: orcid.org/0000-0001-5316-906X

²ORCID: [0000-0001-7007-2497](https://orcid.org/0000-0001-7007-2497)

Резюме

Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, способствует внедрению современного подхода к реабилитации, а ее версия для детей и подростков включает и оценку образовательных процессов детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, которые направлены на реализацию их прав на участие в социальной жизни. В статье рассмотрены и расширены методические подходы к изучению когнитивных, личностных функций и жизненной перспективы в позиции Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ), а также Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП) указано на роль личностных, характерологических черт и влияния микросоциума в формировании жизненной перспективы молодых людей со статусом ребенка-инвалида.

Ключевые слова: молодые люди со статусом ребенка-инвалида, медико-психологический контекст МКФ и МКФ-ДП, жизненная перспектива, психологические факторы становления личности человека с инвалидностью.

Summary

The article discusses and extends the methodological approaches to the study of cognitive, personality functions and life perspective from the standpoint of the International Classification of Functioning, Disability and Health

(ICF), and also the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Adolescents (ICF-DP); it is indicated on the essential role of the person, which was formed under the influence of microsocium, in relation to the development of the life perspective of young people with the status of a disabled child. The psychological factors, influencing the assessment of changes in health and in combination with a certain life perspective of a young person can be considered in detail as important targets of psychocorrection with the development of appropriate programs within the framework of an individual program for the rehabilitation of young people with a status of disabled children. The International Classification of Functioning, Disability and Health offers a universal language of international and interdisciplinary communication, promotes the introduction of a modern approach to rehabilitation, and its version for children and adolescents includes an assessment of the educational processes of children with disabilities and special educational needs that are aimed at realizing their rights to participation in social life.

Key words: young people with the status of a disabled child, medical-psychological context of the ICF and the ICF-CY, life perspective, psychological factors of personality development for a person with disability.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я розробляються і вдосконалюються класифікації трьох типів, які описують різні аспекти здоров'я та функціонування організму і переслідують різні цілі: Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), Міжнародна класифікація медичних інтервенцій (МКМІ, ICHI), Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

На сучасному етапі МКХ є основним інструментом організації моніторингу здоров'я населення, що має ключове значення для прийняття рішень щодо фінансування та розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я. МКХ-10 прийнято в 1990 році і з тих пір внесена як остаточна редакція, остання – в 2016 році. В червні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я оприлюднила версію Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Більш ніж за 10 років роботи над документом спеціалісти з усього світу запропонували близько 10 тисяч нюансів змін [1, 2, 3, 4].

МКФ, своєю чергою, є універсальною класифікацією, яка може бути застосована для всіх людей, незалежно від їхнього здоров'я для опису всіх сфер функціонування, на чому ми і зупинимось детальніше. Вона базується на інтегративній біопсихосоціальной моделі, яка суттєво відрізняється від медичної. МКФ була затверджена для застосування в країнах-членах ВООЗ як міжнародний стандарт для опису та вимірювання категорій здоров'я. Особливістю цієї класифікації став екологічний підхід, що дає змогу розглядати функціонування як інтегративний показник здоров'я людини на рівні організму (стан його структур та функцій), активності та участі людини в соціальних ситуаціях із урахуванням впливу чинників оточуючого середовища, а також виходячи з особистісних особливостей. МКФ визнається, що обмеження реалізації активності та участі людини в соціальних ситуаціях може бути обумовлено як біологічними, так і соціальними чинниками, або їхньою комбінацією. МКФ розрахована на використання спеціалістами у таких сферах діяльності: охорона здоров'я, соціальний захист, освіта, законодавство, гігієна та інші, використовується в статистиці, в розробці індивідуальних реабілітаційних або освітніх програм та оцінці ефективності їх реалізації, в порівнянні досліджень методів лікування, реабілітації та навчання, у проведенні медико-

соціальної експертизи, в управлінні соціальними програмами, в оцінці якості життя [1, 5, 6–10].

У рамках виконання науково-дослідної роботи «Механізми формування обмежень життєдіяльності внаслідок когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії» нами був розроблений алгоритм оцінки когнітивних функцій у структурі МКФ за допомогою психодіагностичних методик (рис. 1), а також розширено методичні підходи до вивчення когнітивних функцій та вказано на роль особистісних, характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби у формуванні когнітивних функцій хворих на артеріальну гіпертензію. Розумові функції, за МКФ, розглядаються серед функцій організму. У розділі розумових функцій перераховуються функції мозку: глобальні (функції свідомості, орієнтації, інтелектуальні, глобальні психо-соціальні, темперамент і особистісні, вольові та спонукальні, функції сну) й специфічні розумові функції (пам'яті, мови та обчислення тощо). Функції емоцій характеризують специфічні розумові функції, що належать до чуттєвих й афективних компонентів розумових процесів. До них входять функції адекватності, регуляції та діапазону емоцій.

У дисертаційній роботі, що була виконана на базі НДІ, також було детально розглянуто структуру та місце особистісних чинників в оцінці функціонування та обмежуючої життєдіяльності у хворих та інвалідів унаслідок ХОЗЛ, в якій особистість винесена із чинників контексту і пов'язана як із функціями та структурами організму, так і з активністю та участю (рис. 2) [1, 11, 12].

З метою обліку особливостей оцінки функціонування у віці від народження до 18 років експертами ВООЗ була розроблена й прийнята у 2007 році «Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків» (МКФ-ДП) [2]. За допомогою цієї класифікації відкрилися широкі можливості для ефективної міждисциплінарної взаємодії на основі єдиної системи, що дає змогу уніфікувати визначені індивідуальні профілі функціонування дитини в контексті середовищних та персональних (особистісних) чинників. У термінах МКФ-ДП дитина більше не розглядається як носій будь-якого діагнозу, порушення або дефекту, а сприймається як суб'єкт, з усіма можливостями й обмеженнями,

який потребує адекватної підтримки для розширення можливостей своєї життєдіяльності.

Соціальне оточення виявлено істотним чинником, що впливає на психофізичний розвиток дітей. Порушення сімейної взаємодії негативно впливають на психічний стан дитини, тому реабілітація дітей з особливими потребами обов'язково повинна містити психологічну допомогу сім'ям. Найбільші труднощі в цій ситуації часто припадають на матір, адже проблемами виховання, освіти та лікування дитини переважно займається саме вона, а часто їй доводиться робити це самотужки. Соціальна адаптація таких дітей прямо залежить від грамотної насамперед материнської поведінки. Для розробки науково обґрунтованих напрямів психокорекційної роботи з матерями важливо також вивчати їхні психологічні особливості та відмінності від матерів, котрі виховують здорових дітей.

Для дітей від 5 до 17 років розроблено інструмент для оцінки участі дитини в ситуації вдома, в школі та в соціумі – «Оцінка участі та залученості до оточуючого контексту» (РЕМ-СУ) [8]. Інструмент був апробований на 576 сім'ях дітей без порушень і з порушеннями розвитку. Наразі доступна безкоштовна електронна версія опитувальника. Було вивчено думку батьків дітей з порушеннями розвитку та чинників, що сприяють покращенню участі дітей, і визначаються за допомогою МКФ-ДП [14]. Обстеження проводилося за допомогою напівструктурованого інтерв'ю з подальшим контент-аналізом для виділення патернів та типів активності. В дослідженні брали участь 16 сімей з дітьми з порушеннями розвитку у віці від 12 до 36 місяців, що отримували послуги у службі ранньої допомоги. Діагнози дітей включали гемипарез, синдром Дауна, мозаїчна трисомія 9 хромосоми, розлади аутистичного спектру, неспецифічні первазивні розлади. Батьки наголошували про різні способи залучення дитини в активність залежно від типу ситуації: обов'язкові заходи, що забезпечують домашній побут (домашні справи, прибирання, похід до магазину) та факультативні (ігрова діяльність і взаємодія в будинку, організована активність, відпочинок у соціумі). В обов'язкових формах активності батьки очікували, що дитина буде відповідати правилам і демонструвати адекватну поведінку.

Під час розгляду факультативних форм активності, навпаки, передбачалося, що дитина буде ініціативною, сама робитиме вибір та регулюва-

тиме свою поведінку. В обов'язкових формах активності батьки зауважують про важливість використання навичок взаємодії для прямого, безпосереднього спілкування з іншими людьми (смайлик, контакт очей, здатність виражати емоції та використовувати тактильний контакт), уміння бути уважним до інших.

Батьки зазначають про важливість набуття активності для спільної діяльності, яка цікава як для дитини, так і для дорослого. Основними чинниками, які виділили дорослі, були: доступність спеціальних послуг та інформації, професійної підтримки, яка мала різні підходи для домашнього та соціального середовища. Також батьки зазначили про необхідність створення планів або стратегії для того, щоб родина могла робити усвідомлений вибір про те, що робити, коли робити, які спеціалісти потрібні для цього.

Працюючи над науково-дослідною роботою «Розробити підходи до медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб молодого віку, що мали статус дитини-інваліда, виходячи із їх життєвої перспективи», ми зіткнулися з питанням застосування до вісімнадцятирічних пацієнтів МКФ, або МКФ для дітей та підлітків. З одного боку, формально МКФ використовується для опису стану людини від 18 років. Але після первинного аналізу особистісних особливостей, дитячо-батьківських відносин, комунікаційної спрямованості та життєвої перспективи, ми дійшли висновку про доцільність використання критеріїв МКФ-ДП для молодих людей зі статусом дитини-інваліда. Ціннісні орієнтації, життєві плани та цілі становлять ядро життєвої перспективи, без якого вона втрачає свою основну функцію – регулятивну. Це визначення відображає сутність життєвої перспективи як системи уявлень людини про можливе майбутнє. Однак перспектива – це не завжди бажане, але, нерідко, очікуване з тривогою й побоюваннями. Якщо людина очікує на невдачі і втрати, і при цьому в арсеналі подій не знаходить того, що могло б запобігти або подолати наслідки очікуваних втрат, її життєва перспектива втрачає позитивну регулятивну функцію і може дезорганізувати поведінку. Часто у молодих осіб, які мали статус дитини-інваліда, спостерігається відчуття залежності та єдності з батьками через те, що їхня соціальна зрілість настає пізніше, ніж зазвичай, і вони пізніше починають мислити більш автономно та незалежно.

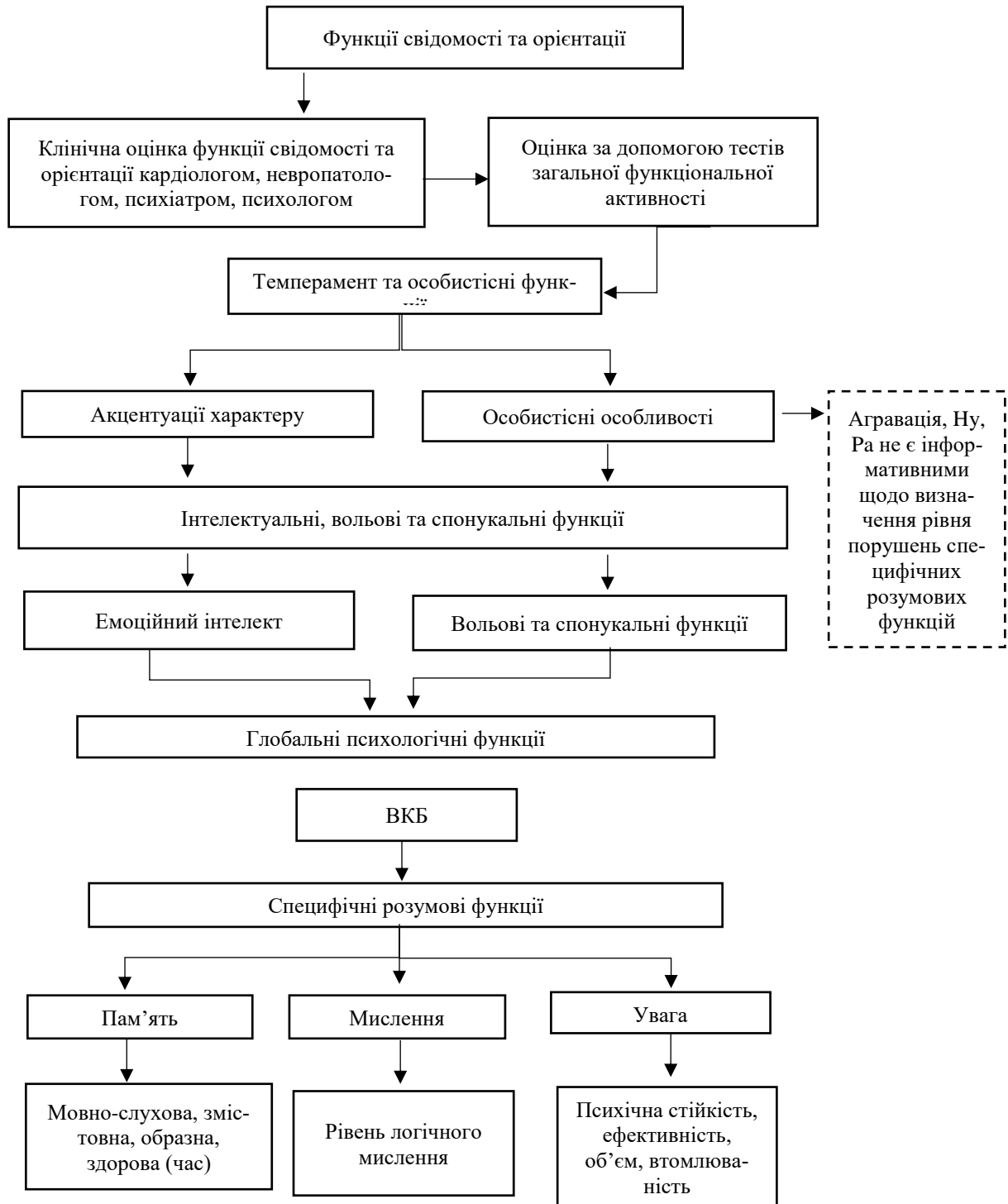


Рис. 1 Діагностичний алгоритм виявлення характеру та ступеня когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії

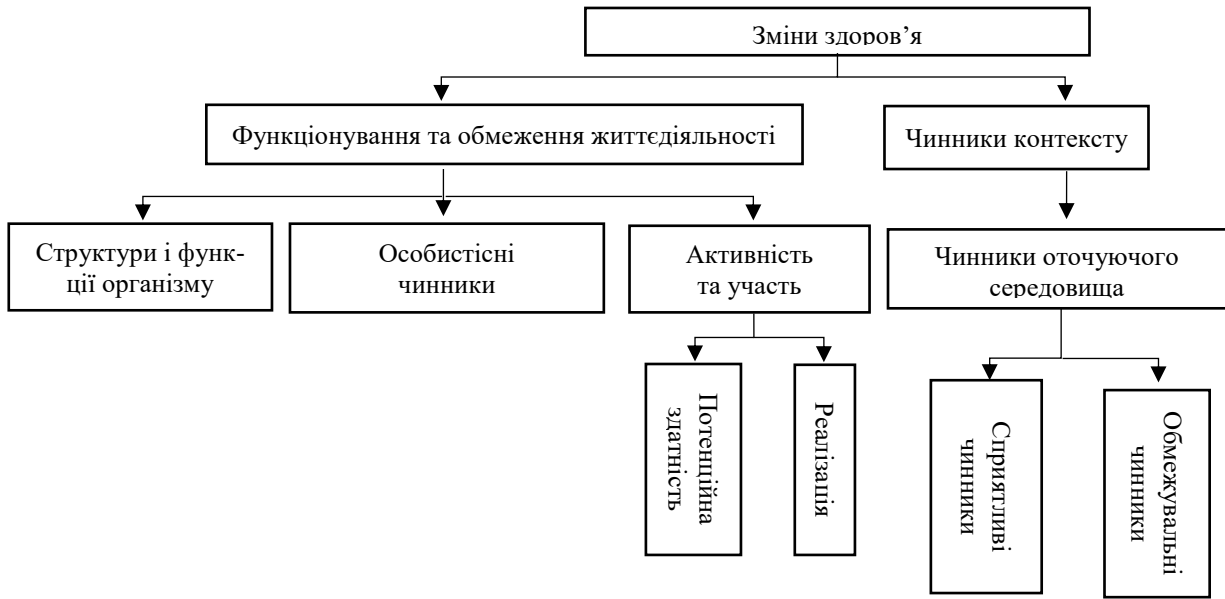


Рис. 2. Структура та місце особистісних чинників в оцінці функціонування та обмежувальної життєдіяльності

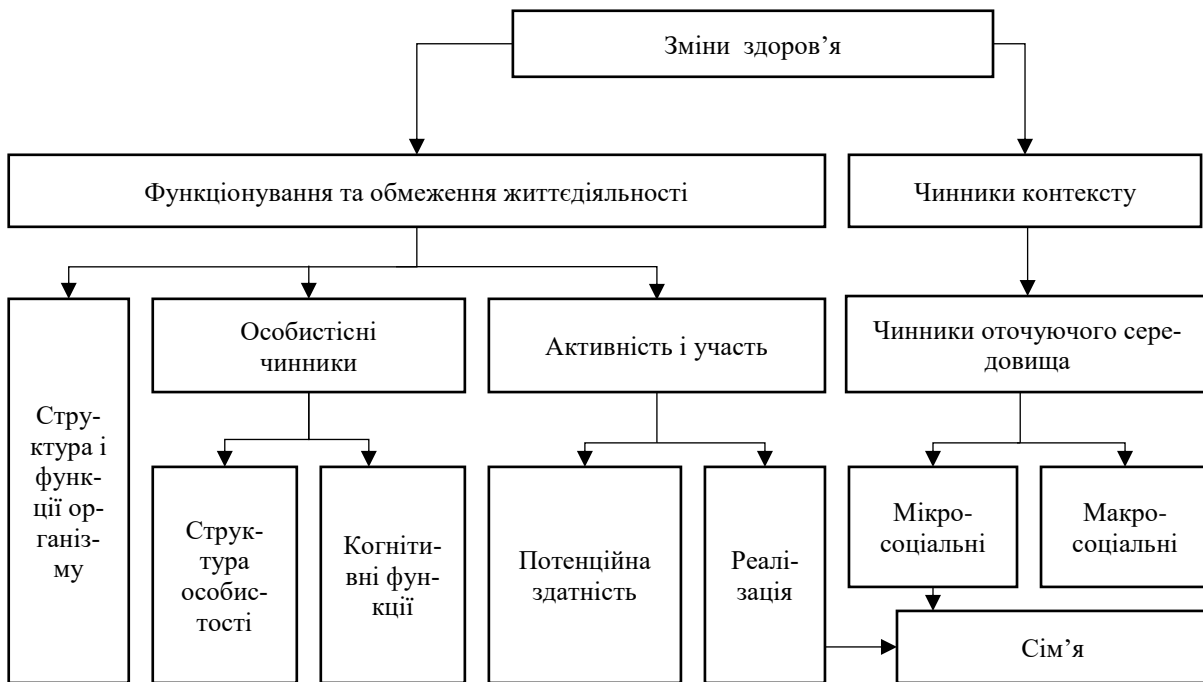


Рис. 3. Модель оцінки функціонування та обмежень життєдіяльності дітей

МКФ-ДП ідентифікує проблеми функціонування дітей через поняття «порушення» (порушення структур тіла та/або зниження або втрата функцій тіла), «обмеження» (обмеження активності та участі у життєвих ситуаціях) або «затримка». Для оцінки обмежень використовуються два позначення: «потенційна здатність» і «реалізація». Реалізація оцінюється на підставі результатів спостереження за поведінкою дитини у природних умовах батьками, вихователями, психологами чи іншими дорослими, упродовж місяця. Таким чином, нівелюються помилки виміру, спричинені новими, незрозумілими або некомфортними для

дитини умовами проведення дослідження. Наразі цей розділ, окрім того, містить вплив на успіх дитини природного контексту, в тому числі і використання дитиною спеціальних пристроїв (наприклад – окулярів) або підтримку людей, котрі оточують.

Щодо розділу «потенційна здатність», «активність і участь» оцінюється на підставі результатів експериментального обстеження дитини спеціалістом без надання допомоги та використання інших підтримуючих засобів медичного призначення (включаючи реабілітаційне обладнання, індивідуальні допоміжні пристрої). Отже, вилучаються

помилки виміру, викликані контекстом, включаючи вплив дослідника або психолога.

Для особливих цілей також допускається вимірювання ще двох визначень, якими є «потенційна здатність зі сторонньою допомогою», що містить усі стандартні ситуації та допускає вплив допоміжних пристроїв і підтримку спеціаліста, та «реалізація без сторонньої допомоги». Останні є досить складними, тому оцінюються на підставі спостережень у природних умовах без використання допоміжних пристроїв і без підтримки. Варіант оцінки активності та участі, найбільш прийнятний з точки зору його прикладного значення, – це оцінка лише першого визначення.

Оцінка активності та участі за визначником «реалізація» може проводитися людьми, які спостерігають за дитиною у повсякденному житті, тобто, роблять це регулярно в деяких типових соціальних ситуаціях.

Найбільш репрезентативними респондентами в цьому випадку є батьки дитини, вчителі, або дорослі, у тому числі вихователі дитячих садків або будинків дитини. Рекомендується заповнення відповідних опитувальників психологами або іншими спеціалістами зі слів батьків та вчителів.

Використання МКФ-ДП пов'язано з необхідністю проведення популяційних досліджень для встановлення критеріїв ступеня обмежень. Для цих цілей Р. Я. Симеонсоном і Д. Дж. Lollar були розроблені відповідні рекомендації [15, 16, 17] із зазначенням контрольних величин, розрахованих на основі стандартного відхилення.

Практика використання діагнозів і нозологічних груп для визначення цілей початкової допомоги, спеціальної освіти або реабілітації не завжди неефективна. МКФ-ДП пропонує альтернативний підхід, що дає змогу визначити профіль функціонування. Крім того, визначаються середні чинники, що впливають на функціонування дитини, облік яких необхідний для складання індивідуальної програми реабілітації або освіти дитини [16, 17]. Застосування МКФ-ДП в обстеженні дітей сприяє об'єднанню спеціалістів різного профілю на основі єдиного міжпрофесійного спілкування [3, 4].

Найбільшу інформацію про функціонування та контекст розвитку дитини спеціалісти отримують, якщо використовують усі частини МКФ-ДП [2]. Цілі надання комплексної допомоги для дитини з особливими освітніми потребами переважно формуються з категорій складників «Активність та участь» і «Фактори зовнішнього середовища» [18].

Активність – виконання дитиною дій [3, 4], які вона може виконувати незалежно від контексту. Активність містить у собі як окремі дії, наприклад, захоплення пензля, так і короткі послідовності дій для досягнення певної цілі, наприклад, покласти шкарпетку, випити склянку молока. Оцінка активності за визначником «Реалізація» відповідає на запитання, що і як діти роблять у повсякденному житті, але не обов'язково, що вони це хочуть зробити без взаємодії з іншими або зі своєї власної волі. Активність не відображає інтенсивність і залучення дитини – тобто її участь. Термін «участь»

відображає залучення особистості до важливих життєвих ситуацій, наголошує, що дитина робить це за своїм бажанням у значущому контексті. Отже, для дітей участь визначається як активне залучення до заданого контексту [9, 19, 20], як соціальний конструкт, що встановлює взаємозв'язок між фізичними та соціальними аспектами середовища, індивідуальністю і сім'єю, життєдіяльністю. Тобто, участь – вибрана дітьми активність у конкретній ситуації [3]. Поняття участь також відображає, на якому рівні дитина активно залучається в послідовну діяльність, яку здійснюють люди у повсякденному житті в різних контекстах, наприклад, в ігрову діяльність у школі, на дворі, з друзями або близькими родичами. Важливо зазначити, що участь може містити види діяльності, які діти здійснюють самостійно, не обов'язково разом з іншими. Це визначення поняття участі відображає комбіновану соціологічну та психологічну перспективу з акцентом на мотиваційні аспекти.

З точки зору практики, участь визначається за частотою залучення людини в соціальні ситуації [8, 21]. Вважається, що на участь впливають такі чинники середовища: наявність – об'єктивне існування ситуації, доступність – можливість доступу до ситуації, ціну – фінансові, тимчасові або енергетичні витрати, необхідні для участі, налаштованість – можливість адаптації до ситуації, прийнятність – готовність оточуючих прийняти людину з обмеженими можливостями.

МКФ-ДП також використовується в практиці дитячих фізіотерапевтів [9]. Вважається, що впровадження МКФ-ДП сприятиме тому, щоб оцінка, цілі та реалізація втручання були визначені в індивідуальному навчальному плані, а індивідуальна програма роботи з родиною була сфокусована на участі дитини в природних повсякденних видах діяльності. Під природними умовами вважаються звички, режим дня, взаємовідносини, специфічні для конкретної людини та її оточення. При цьому акцент має робитися не на усуненні порушень, а на можливості дітей розширювати ступінь участі у подіях повсякденного життя.

Відповідно, завдання, спрямовані на розширення можливостей дитини, будуть вирішені більш ефективно, якщо вони реалізуватимуться в природних умовах життя дитини і її оточення. Передбачається більш актуальним у цьому аспекті використання технічних засобів реабілітації, наприклад, візочки, ходунки, милиці, щоб розширити можливості дитини для участі в соціальному житті. Під час складання індивідуальних програм реабілітації важливо встановлювати зв'язок між такими конструктами МКФ, як реалізація й участь, де реалізація – це виконання завдання в реальній життєвій ситуації, участь – це залучення до життєвої ситуації. Цілі програми повинні бути вибрані, виходячи з потреб дитини та її бажання брати участь у ситуаціях. Втручання у цьому випадку спрямоване на підтримку досягнень дитини та значущих для неї цілей. У прикладі, наведеному фізичним терапевтом, описується складання плану роботи з дівчиною 7 років зі спастичною дип-

легією. Батьки, які звернулися за консультацією до фізичного терапевта, робили запит про полегшення участі дочки у спільних сімейних видах діяльності, щоденних заходах. Мобільність була основним чинником, який сприяв або перешкоджав залученню дівчини у різні види діяльності вдома, в школі та після школи. Після оцінки ситуації спеціаліст розбив єдину мету (участь у заходах дозвілля) на кілька конкретних завдань (самостійно вийти з машини, входити в будівлю, підніматися по сходах). Так само в програму входив підбір необхідних технічних засобів реабілітації. Отже, програма дівчини щодо оптимізації участі у повсякденному житті містила відповіді на такі запитання: «Що дівчинка буде робити?» (якщо піднімається по сходах, в школі, на дозвіллі), «В якій ситуації?» (характеристика фізичного оточення – висота сходів, покриття, відстань), а також опис рівня досягнень за певний термін (тобто визначення критеріїв ефективності програми). Таким чином, реабілітаційні послуги були спрямовані на підтримку дитини, щоб вона могла справлятися з повсякденними життєвими ситуаціями, а не на те, щоб нормалізувати функцію її організму [3]. Допомога дітям з обмеженими можливостями сприяє їхньому розвитку, якщо вона спрямована на задоволення їхніх потреб у контексті сім'ї. Сімейне життя пропонує широкий спектр повсякденних життєвих ситуацій, які стимулюють численні аспекти дитячого розвитку та забезпечують відчуття ідентичності. Коли діти отримують можливість діяти самостійно, вони дізнаються про свої власні можливості, а також, як бути незалежним, це представляє основний аспект благополуччя в дорослому житті. Важливо відзначити, що незалежність не обов'язково означає жити без підтримки інших, але надає можливість контролювати свою участь [6].

Дослідження використання МКФ-ДП у роботі з дітьми, які мають порушення мови, засвідчує, що допомога визначається як поліпшення якості використання розмовної мови у повсякденному житті [22]. Однак автори наголошують про важливість інших цілей, які пов'язані з соціальною взаємодією, підвищенням самооцінки та зменшенням негативних соціальних установок по відношенню до людей з порушеннями мови з боку їх оточення.

Впровадження МКФ-ДП у практику відбувається в різних країнах. Лонгitudне дослідження, проведене у Швеції, з залученням 113 професіоналів та 14 міждисциплінарних реабілітаційних служб, що працюють з дітьми від 0 до 18 років, засвідчило, що 1 рік після закінчення проведення тренінгу по МКФ-ДП 72 % спеціалістів почали використовувати класифікацію у своїй роботі і висловили потребу в розробці адаптованих інструментів на її основі [3]. МКФ-ДП почали використовувати для визначення ступеня інвалідності в руховій сфері [23], а також при встановленні спектру необхідних пільг та потреб у забезпеченні дитини адаптивним знаряддям та створенням спеціальних умов у навчальній сфері [18]. Також у Швейцарії було проведено дослідження, в якому

брали участь 143 фахівця, про включення МКФ-ДП до процедури визначення маршрутизації дітей з інвалідністю в освітню сферу, в тому числі з метою реалізації їхнього права на інклюзивну освіту та визначення їхніх потреб у таких послугах (доступність послуг спеціалістів, забезпеченість допоміжними засобами, перевезення з дому до школи і назад тощо) [10].

В Італії було проведено вивчення структури обмежень активності та участі у 55 категоріях у 415 дітей з інвалідністю, викликаною різними причинами [24]. З'ясувалося, що 290 з них мають стійкі обмеження, причому частіше вони виявляються у дітей віком 4–6 років і переважають у доменах науки, побутового життя й основних сфер життя.

Японські дослідники запропонували впровадити принципи МКФ-ДП у програми дитячих садочків за програмами охорони здоров'я дітей [25], а також у практику міждисциплінарної взаємодії в спеціальних школах [5]. Вивчення 35 індивідуальних навчальних програм для дітей з розладами аутистичного спектра в службах спеціальної освіти у Північній Португалії за допомогою МКФ-ДП виявило відсутність у них цілей, пов'язаних з переоцінкою обмежень участі цих дітей у соціальних ситуаціях [7], що свідчить про необхідність реформування існуючої практики освіти дітей з розладами аутистичного спектра. Для підвищення ефективності міждисциплінарної взаємодії в системі освіти дітей з інвалідністю в Південній Кореї був розроблений вибіркоковий перелік доменів МКФ-ДП у співвідношенні з віковими групами: 3–5, 6–12 і 13–18 років [18]. У розробці брали участь лікарі, батьки, психологи, спеціальні педагоги, наукові працівники.

Створюються інструменти на основі МКФ-ДП, адаптовані для спеціальних цілей. Прикладом може бути дослідження, проведене в університеті Північної Кароліни, в рамках якого були розроблені оціночні листи, застосовані до дітей, які страждають рідкісною генетичною патологією з прогресуючим перебігом [26]. Таким чином, МКФ-ДП, розроблена в 2007 році як інструмент оцінки функціонування дитини в контексті особистісних та середовищних чинників, знаходить широке застосування в різних сферах діяльності, пов'язаних з охороною здоров'я дітей та надання комплексної допомоги дітям з обмеженнями життєвості.

МКФ-ДП пропонує універсальну мову міжнародного та міждисциплінарного спілкування, сприяє впровадженню сучасного підходу до реабілітації та освіти дітей з інвалідністю та особливими освітніми потребами, які спрямовані на реалізацію їхніх прав на участь у соціальному житті. Вона може застосовуватися різними спеціалістами для цілей, відповідних їх професійної діяльності в найбільш прийнятному варіанті. Наприклад, для лікарів найпопулярнішими компонентами МКФ-ДП можуть бути категорії складників функцій та структури організму; для психологів – категорії доменів «Психічні функції», які складають «Актив-

вність і участь», «Фактори зовнішнього середовища», «Особистісні фактори»; для педагогів – складник «Активність і участь»; для соціальних працівників – «Фактори зовнішнього середовища».

Спираючись на дослідження, проведені в площині оцінки функціонування та обмежень життєдіяльності для дорослих та дітей, як здорових, так і з різними патологіями, важливо звертати особливу увагу на молодих осіб 18–22 років та їх оцінку власної життєвої перспективи. За чинником віку, оцінка змін здоров'я може бути проведена більш ефективно, якщо спиратися не на структуру МКФ, а на структуру МКФ-ДП, що обумовлено більш пізнім визріванням психічних процесів та особистісного становлення молодих осіб зі статусом дитина-інвалід. У структурі життєвих планів молодих осіб з інвалідністю визначається відсутність орієнтації на створення сім'ї (хоча вона є для них важливою ціннісною орієнтацією), вибір професій які не потребують вищої освіти, високої кваліфікації, без відряджень. На першому місці стоїть бажання приналежності до середовища людей зі схожими життєвими концепціями та проблемами. Життєвій перспективі молодих людей відводиться провідна роль в управлінні особистістю часом власного життя, а способи реалізації життєвих цілей в певному соціальному контексті є важливим чинником організації активності в майбутньому. В батьківських сім'ях цих людей переважає симбіотичний тип відносин. Змістовно ця тенденція виражається в дитячому баченні матері як такої, що відчуває себе з дитиною єдиним цілим, прагне задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів; та тривога матері посилюється, коли дитина починає автономізуватися через обставини, оскільки своєю волею матір не дає дитині самостійності. Також юнаки та дівчата не дуже бажали змінюватися на фоні позитивного відношення до себе, тому що більшою мірою були прив'язані до не зовсім адекватного образу Я, впевнені у своїй моральності та в тому, що їхня поведінка позитивно сприймається соціальним оточенням. Взаємодія спрямована на вузьке коло оточуючих із емоційною відстороненістю та полярними тенденціями одночасного приближення та уникнення [27].

Література

1. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ) / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: WHO Press, 2001. – 346 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/pdf>.
2. The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) [Електронний ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: WHO Press, 2007. – 351 с. – Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf
3. Exploring changes over time in habilitation professionals' perceptions and applications of the international classification of functioning, disability and health, version for children and youth (ICF-CY) / M. Adolfsson, M. Granlund, E. Bjorck-Akesson [et al.] // J. Rehabil Med. – 2010. – №42. – С. 670–678.
4. Adolfsson M. Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities / M. Adolfsson // J. Rehabil Med. – 2011. – №57. – С. 470–495.
5. Study of ICF/ICF-CY use in the fields related to Special Needs Education for multidisciplinary approaches / T. Akio, T. Koji, S. Yutaka [et al.] // Bulletin of The National Institute of Special Needs Education. – 2013. – №40. – С. 56–71.
6. Bornman J. Believe that all achieve: Increasing classroom participation in learners with special support needs / J. Bornman, J. Rose // Pretoria: Van Schaik. – 2010. – № 105. – С. 403–418.
7. Castroa S. Content analysis of Portuguese individualized education programmes for young children with autism using the ICF-CY Framework / S. Castroa, A. Pintoa, R. Simeonsson. // European Early Childhood Education Research Journal. – 2012. – №32. – С. 1–14.
8. Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth / W. Coster, G. Bedell, M. Low [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. – 2011. – №53. – С. 1030–1037.
9. Goldstein D. Enhancing Participation for Children with Disabilities: Application of the ICF Enablement Framework to Pediatric Physical Therapist Practice / D. Goldstein, E. Cohn, W. Coster // Pediatric Physical Therapy. – 2004. – №16. – С. 81–138.
10. Hollenweger J. Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland / J. Hollenweger // Hollenweger BMC Public Health. – 2011. – №11. – С. 4–22.
11. Дроздова І. В. Когнітивні функції в практиці медико-соціальної експертизи: методичні рекомендації / І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, О. М. Мацуга, Ю. О. Гончар [та співавт.] – Дніпропетровськ: ВТК «Друкар» ДЗ «ДМА МОЗУ», 2015. – 57 с.
12. Хроническое обструктивное заболевание легких: личностные особенности и ограничения жизнедеятельности. (Монография) И. В. Дроздова, В. В. Храмцова, Н. А. Санина, О. Н. Мацуга. – Днепропетровск: Пороги, 2014. – 280 с.
13. Дроздова І. В. Психолого-педагогічна реабілітація дітей з психофізичними вадами в межах індивідуальної програми реабілітації: методичні рекомендації / І. В. Дроздова, Ю. О. Гончар, О. М. Мацуга – Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2016. – 40 с.
14. Khetani M. Parent perspectives of participation in home and community life when receiving Part C early intervention services / M. A. Khetani // Topics in Early Childhood Special Education, 2013. – С. 508–522.
15. Simeonsson R. Classifying childhood disability with the ICF-CY: from function to context / R. Simeonsson, D. Lollar // the 12th Annual North American Collaborating Center Conferences on the ICF. – Vancouver, B. C., 2006. – С. 341–364.

16. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability / R. Simeonsson, M. Leonardi, D. Lollar [et al.] // *Disability & Rehabilitation*, 2009. – С. 602–610.

17. Simeonsson R. ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability / R. J. Simeonsson // *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. – 2009. – №2. – С. 70–74.

18. Yoon S. Deriving Code Sets for Pupils with Physical Disabilities from the International Classification of Functioning, Disability and Health, for Children and Youth (ICF-CY) / S. Yoon. // *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* – 2013. – № 91. – С. 118–123.

19. Participation of disabled children: how should it be characterized and measured? / H. McConachie, A. Colver, R. Forsyth [et al.] // *Disability and Rehabilitation*. – 2006. – №28. – С. 1157–1164.

20. Newacheck P. Prevalence and impact of disabling chronic conditions among in childhood / P. Newacheck, N. Halfon // *American Journal of Public Health*. – 1998. – № 88. – С. 610–617.

21. Maxwell G. Bringing more to participation: дис. канд. псих. наук : Disability Reserfch / Maxwell G. – Jonkoping University, 2012. – 147 с.

22. McLeod S. The ICF: a framework for setting goals for children with speech impairment /

S. McLeod, K. Bleile // *Child Language Teaching and Therapy*. – 2004. – №20. – С. 199–219.

23. Application of ICF / H. Liao, A. Hwang, Y. Pan [et al.] // *ICF-CY to Physical Therapy and the ICF Mobility Scale in Taiwan*. – 2013. – №38. – С. 1–15.

24. Tasks and activities of children and adolescent with disability in Italy / P. Meucci, M. Leonardi, M. Sala [et al.] // *Disability and Health Journal*. – 2015. – №7. – С. 87–95.

25. Yutaka S. Compatibility between “Health” in the Course of Study for Kindergarten and ICF-CY / S. Yutaka, T. Koji, T. Akio. // *Bulletin of The National Institute of Special Needs*. – 2014. – №34. – С. 88–105.

26. Mory J. Characterizing Functional Limitations in Children Using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version: дис. канд. псих. наук: Speech and Hear / Mory J. L. – University of North Carolina, 2014. – 152 с.

27. Оцінка життєвої перспективи молоді із статусом дитини-інваліда / І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, Ю. О. Гончар, Л. Г. Степанова // *Медична психологія*. – 2018. – №49. – С. 3–10.



УДК 614.8:34.03

ОСНОВИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Проф. А. В. Іпатов, І. С. Гула, Л. В. Кузьміна, Ю. І. Коробкін

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

Учитывая значительные изменения в обществе и здравоохранении Украины вследствие изменений законодательной базы и проводимой медицинской реформы, приведены основные понятия и взаимодействия врач-пациент.

Работая в правовом поле Украины, врач сталкивается с множеством подводных камней, оказывающих существенное влияние на его работу, но иногда неизвестных ему. Сегодня, к сожалению, разворачивается активная кампания против медицины с использованием старых и апробированных технологий. Пациент рассматривается как потребитель услуги при том, что Конституция Украины гарантирует бесплатную медицинскую помощь, но при этом все забывают о правах врача.

Ключевые слова: врач, пациент, правовое поле.

Summary

Given the significant changes in society and health care in Ukraine due to changes in the legal framework and ongoing medical reform, the basic concepts and doctor-patient interactions are given.

Working in the legal field of Ukraine, the doctor is faced with a variety of pitfalls that have a significant impact on his work, but sometimes unknown to him. Today, unfortunately, an active campaign against medicine is launched using old and proven technologies. The patient is considered as a consumer of the service, despite the fact that the Constitution of Ukraine guarantees free medical care, but everybody forgets about the rights of a doctor.

Key words: doctor, patient, legal field.