Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі.

Розділ 7 – Сфера клінічних компетентностей: ФРМ на практиці

**Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини**

**РЕЗЮМЕ**

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ присвячений обсягу та компетентностям фізичної та реабілітаційної медицини, починаючи з її визначення як «медицини функціонування». ФРМ використовує реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, як свою основну стратегію разом з лікувальною стратегією. Відповідно до складності стану здоров'я, який обмежує життєдіяльність, ФРМ також стосується профілактики і підтримки, і забезпечує інформацією пацієнтів та інших доглядачів.

Реабілітація працює відповідно до так званого реабілітаційного циклу, включаючи оцінювання з визначенням (індивідуальних) реабілітаційних цілей, призначення програми реабілітації та оцінку індивідуальних результатів.

Лікарі ФРМ лікують широкий спектр захворювань і трансверзально взаємодіють з більшістю медичних спеціальностей. Вони також зосереджуються на багатьох функціональних проблемах, таких як іммобілізація, спастичність, больові синдроми, порушення комунікації та інші.

Діагноз в фізичній та реабілітаційній медицині - це взаємодія між медичним діагнозом та специфічним функціональним оцінюванням в ФРМ. Останнє базується на концептуальній структурі МКФ та отримується завдяки функціональним оцінкам та шкалам: вони класифікуються відповідно до їх основного фокусу на порушеннях, обмеженнях активності або обмеженнях можливості участі; фактори середовища та особисті фактори включені, як бар’єри або сприятливі чинники.

Інтервенції у ФРМ надаються або безпосередньо лікарями ФРМ, або за допомогою команди ФРМ. Вони включають широкий спектр втручань, включаючи медикаментозне лікування, фізичну терапію, вправи, навчання та багато іншого. Стандартизовані програми ФРМ доступні для багатьох захворювань та функціональних проблем. У більшості випадків реабілітація виконується мульти-професійними командами, які працюють спільно, а також з іншими дисциплінами під керівництвом лікаря ФРМ, і це є пацієнт-центричний підхід.

Результати інтервенцій та програм ФРМ демонструють зменшення порушень функцій організму, обмежень активності та впливають на обмеження можливості участі, а також, на скорочення витрат і зниження смертності для певних груп пацієнтів.

*Посилання на оригінальну версію статті*: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):230-260.

*Посилання на українську версію статті*: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі. Розділ 7. Сфера клінічних компетентностей: ФРМ на практиці. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини . 2018…..

**Ключові слова**: Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ), сфера компетентностей, діагноз у ФРМ, оцінювання ФРМ, лікувальні заходи ФРМ, процес реабілітації, команда ФРМ.

**Введення**

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей підрозділ систематично представляє практичну роботу лікарів ФРМ з описом:

* обсягу та компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини, починаючи з її визначення як "медицини функціонування", відповідальної за реабілітаційну стратегію, що застосовується разом із лікувальною стратегією, коли останньої недостатньо для найкращого відновлення участі пацієнтів; відповідно до складності стану здоров'я, ФРМ також стосується профілактики та підтримки, а також навчання з реабілітації для інших фахівців сфери охорони здоров'я та менеджменту пацієнтів та доглядачів;
* процесу реабілітації відповідно до так званого реабілітаційного циклу: перед наданням втручань всі пацієнти потребують оцінювання з визначенням їх індивідуальних цілі(ей) перед застосуванням втручання(нь); наприкінці буде проведено оцінку, для перевірки, чи досяг пацієнт того, що він потребував, та чи необхідно розпочати знову реабілітаційний цикл;
* спектру захворювань, якими займаються лікарі ФРМ: надається комплексний, але не повний перелік найбільш важливих станів здоров'я індивідууму. Трансверзальна роль фізичної та реабілітаційної медицини серед більшості медичних спеціальностей є чіткою, проте очевидним є певне перекриття, оскільки фокус ФРМ - це реабілітація (іноді неправильно називається "консервативне лікування"). Також представлені найбільш поширені загальні проблеми, такі як іммобілізація, спастичність, больові синдроми, розлади комунікації тощо;
* діагнозу у ФРМ, як результату взаємодії між класичним медичним діагнозом (який використовує всі типові інструменти цієї професії) і специфічним функціональним оцінюванням фізичної та реабілітаційної медицини. Останнє базується на концептуальній моделі МКФ, та отримується за допомогою функціональних оцінок та шкал: вони класифіковані відповідно до їх основного фокусу на порушеннях, обмеженнях активності або обмеженнях можливості участі; фактори середовища та особисті фактори включені як бар'єри або сприятливі чинники;
* втручань в фізичній та реабілітаційній медицині, які надаються або безпосередньо лікарями ФРМ, або опосередковано через команду ФРМ; у цьому відношенні Секцією ФРМ ЄСМС були визнані стандартизовані програми з ФРМ;
* мульти-професійної команди ФРМ, як одного із способів, яким лікарі ФРМ надають втручання, особливо в найбільш складних реабілітаційних умовах; команда працює спільно, а також з іншими дисциплінами та очолюється лікарем ФРМ;
* результатів втручань і програм ФРМ, які є пацієнт-центричними і включають функціональні та особисті результати (зменшення порушень функцій організму, обмежень активності і вплив на обмеження можливості участі), та впливають на скорочення витрат і зниження смертності для певних груп пацієнтів.

**Сфера компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини**

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) залучені до менеджменту пацієнтів з безліччю різних станів здоров'я. Їх турбує вплив цих станів на функціонування та участь персони1,2. Медична спеціальність ФРМ концептуально описується як «медицина функціонування»3,4, заснована на Інтегративній моделі функціонування ВООЗ (Додаток 1). Проблеми функціонування включають порушення функцій та/або структур організму, обмеження активності та обмеження можливості участі, які представлені загальним терміном «обмеження життєдіяльності», як зазначено в Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ)5.

Для кращого розуміння обсягів компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини, взаємодія лікувальної та реабілітаційної стратегій продемонстрована на Малюнку 16. Якщо пацієнт із певним станом здоров'я не має відповідних обмежень функціонування, лікування його хвороби є достатнім для вирішення проблеми. Якщо пацієнт зазнає обмежень життєдіяльності, що пов'язані з його станом здоров'я, застосовується інакша стратегія, спрямована, відповідно, на зменшення обмежень життєдіяльності або підтримку функціонування. Ця стратегія називається реабілітаційною стратегією3,4. У цьому випадку єдине застосування лише лікувальних стратегій може не вирішити проблему, і може залишитися певна ізоляція від суспільства. Для ФРМ є специфічним поєднання лікувальної і реабілітаційної стратегій шляхом застосування множинних інтервенцій, спрямованих як на лікування патології, так і на подолання обмежень життєдіяльності7.

Проте лікування та програми фізичної та реабілітаційної медицини також можуть відноситись до інших стратегій охорони здоров'я, таких як профілактика (*напр.* ускладнень від знерухомлення чи лікування, або захворювань, пов'язаних з відсутністю фізичної активності), а також підтримка та догляд (*напр.* надання допоміжних пристроїв для довготривалого користування, паліативна допомога). У багатьох випадках ці втручання та програми поєднують ці стратегії в залежно від індивідуальних потреб пацієнта8.

Цей розділ переважно описує клінічний підхід лікарів ФРМ із захворюванням або порушенням, як відправної точки. Проте сфера компетентностей включає освіту та навчання, також, як і менеджмент, координацію та консультації. Складність завдань з реабілітації показана на Малюнку 29 ієрархічною структурою зі зростаючою складністю (рівні від 1 до 5). У той час, як на рівнях 1 та 2 провідну значну роль відіграє найближче середовище і первинна медична допомога, в більш складних ситуаціях (рівні 3 та 4) допомогу надають лікарі ФРМ, як самостійно, так і в рамках мульти-професійної команди. Верхівка піраміди описує високоспеціалізовані послуги для пацієнтів із складними реабілітаційними потребами та цілями та/або менш поширеними станами здоров'я на початку специфічних обставин, та реабілітацію при станах здоров'я (*напр.* спинномозкова травма, черепно-мозкова травма, хронічний больовий синдром, літній вік).

На рівнях від 3 до 5 лікарі ФРМ безпосередньо надають втручання та послуги. Проте, лікарі ФРМ можуть також зробить свій внесок на рівнях 1 та 2, зокрема шляхом надання освіти і навчання іншим надавачам послуг охорони здоров'я. Як і в багатьох випадках, можуть знадобитися різні рівні реабілітації, і цей процес має бути координованим. Ця координація є основною компетентністю лікарів ФРМ, та може бути потрібною для організаторів охорони здоров'я, в разі потреби в консультуванні їх експертами.

**Процес реабілітації: оцінювання, встановлення цілей, втручання і фінальна оцінка**

Як згадувалося вище, лікарі ФРМ управляють, очолюють і координують процес реабілітації в рамках проблемно-орієнтованого, пацієнт-центричного та цілісного підходу. Залежно від характеристик та вимог пацієнта, лікарі ФРМ можуть виконувати цей процес самостійно або в команді фахівців реабілітації. Процес реабілітації починається з медичного діагнозу та продовжується, поки людина потребує реабілітаційних втручань10. Процес реабілітації зазвичай складається з 4 стадій (Малюнок 3):

* оцінювання,
* встановлення цілей,
* втручання,
* фінальна оцінка11.

Вони можуть бути описані наступним чином (Вставка 1):

* Оцінювання: на першій стадії виявляється наявність та тяжкість проблем пацієнта. Ця ідентифікація включає оцінювання функціонування, що ґрунтується на моделі МКФ, і, таким чином, створює перелік порушень функцій та структур організму, обмеження активності та обмеження можливості участі12. Додатково, ідентифікуються фактори середовища (такі як підтримка і ставлення родини, друзів, роботодавця або спільноти, фізичне середовище, послуги охорони здоров'я та інші тощо), особисті фактори (такі як спосіб життя, звички, освіта, раса / етнічна приналежність, життєві події або соціальний фон), прогностичні фактори, реабілітаційний потенціал особи та її потреби, побажання і очікування. Різні члени мульти-професійної команди ФРМ, що працює спільно (під керівництвом лікаря ФРМ) можуть зробити свій внесок до цієї стадії оцінювання з їх конкретними професійними знаннями про особу і його/її функціонування (Таблиця І).
* встановлення цілей: з урахуванням проблем та потенціалу, виявлених на стадії оцінювання, протягом стадії встановлення цілей створюється реабілітаційний план, специфічний для конкретної особи. Цей план включає короткострокові та довгострокові цілі для пацієнта, і пропонує часові терміни, протягом яких вони повинні бути досягнені. Першорядним значенням для встановлення реалістичних та досяжних цілей є залучення пацієнта та родини/доглядачів впродовж стадії встановлення цілей. Ця стадія включає також призначення конкретних втручань відповідно до встановлених цілей та, згодом, і відповідального члена(-ів) мульти-професійної команди ФРМ (за керівництвом лікаря ФРМ) для проведення інтервенцій13. Вибір втручань значно полегшується з використанням моделі МКФ14.
* Втручання: на стадії втручань здійснюються усі терапевтичні, навчальні та допоміжні інтервенції, зазначені в реабілітаційному плані відповідно до встановлених цілей (*див. нижче*). Втручання повинні бути спрямовані на запобігання, стабілізацію, покращення чи відновлення порушень функцій та структур організму, а також на оптимізацію активності та участі, зважаючи на здатність та виконання людини, а також відповідне середовище4.
* Фінальна оцінка: нарешті, оцінюються результати програм втручання порівняльно з поставленими цілями. Іншими словами, оцінка результатів проводиться з метою оцінки рівня досягнення цілей. На цьому етапі команда ФРМ повинна визначити, чи ще існують невирішені, але розв'язні проблеми, при наявності яких процес реабілітації слід продовжувати. Для цього проводиться перегляд та перепланування існуючої програми ФРМ відповідно до нової цілі або якщо процес реабілітації буде завершено11. Цей процес є повторюваним, і якщо залишаються проблеми/питання, що потребують втручання, цикл продовжується до досягнення цілей (Малюнок 1). Протягом більшості стадій реабілітаційного процесу команда ФРМ використовує різні інструменти оцінювання, для встановлення наявності та ступеня важкості проблем, інформування про планування інтервенцій, моніторування прогресу, прогнозування відновлення та планування виписки15. Використання стандартних інструментів оцінювання (вимірювання результатів) в межах процедури оцінювання на основі МКФ підвищує комунікацію між членами команди. Наприкінці реабілітаційного процесу пацієнт та його/її родина/доглядач повинні бути поінформовані про подальшу підтримку здоров'я, подальші спостережні візити, якщо необхідно, та способи повторного доступу до послуг.

Менеджмент ФРМ також включає скерування та переміщення між закладами / послугами. Використання МКФ може покращити структурований підхід до процесу реабілітації та полегшити комунікацію всередині команди ФРМ стосовно проблем, цілей та втручань6. Встановлення цілей допомагає пацієнтам досягти більшої якості життя або відчуття благополуччя та більшої самоефективності16. Оцінка змін стану функціонування та досягнення цілей є важливими вимірами результатів у клінічній практиці для демонстрації ефективності послуг17.

**Спектр станів здоров'я, які лікують лікарі фізичної та реабілітаційної медицини**

Відповідно до концептуального опису фізичної та реабілітаційної медицини3,4, будь-яка хвороба, патологія або стан здоров'я, що спричиняє порушення функцій та/або структур організму, обмеження активності або обмеження можливості участі, належить до сфери діяльності ФРМ. Найважливіші групи станів здоров'я (захворювання та порушення, включаючи вроджені аномалії, стрес та вікові проблеми, а також пошкодження та травми), які лікують лікарі ФРМ, наведені в таблиці ІІ (повний перелік може бути знайдений у додатку 2)1,2,18. Цей список відноситься до найсучаснішої версії Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)19. Перелік був розширений на підставі результатів семінару, проведеного International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), який визначив стани здоров'я, що потребують реабілітації20,21(Вставка 2).

Участь лікарів ФРМ в цих умовах в основному пов'язана зі сприянням функціонуванню та зменшенням несприятливих функціональних наслідків, що виникають в гострій або підгострій фазах, а також для пацієнтів з довготривалими станами здоров'я18.

Лікарі ФРМ можуть також забезпечувати втручання для певних гінекологічних та урологічних станів1,2 або порушень шкіри та підшкірної тканини, що мають відношення до ФРМ (*напр.* пролежневі виразки, вторинні пошкодження шкіри внаслідок контрактур).

Існує цілий ряд загальних проблем при багатьох станах здоров'я, з якими лікарі ФРМ стикаються щодня1,2. Вони можуть включати:

* тривалий постільний режим та іммобілізація, що призводить до декондиціювання пацієнтів і, як наслідок, спричиняє втрату фізичного та психологічного функціонування;
* рухові дефіцити, які викликають слабкість та/або сенсорний дефіцит з втратою особистого функціонування;
* спастичність, що призводить до деформації кінцівок та проблем зовнішнього вигляду;
* больові синдроми;
* труднощі комунікації;
* зміни настрою, поведінки та особистості;
* дисфункції сечового міхура і кишківника, які зазвичай зустрічаються у пацієнтів з обмеженнями життєдіяльності;
* пролежні, як ризик при знерухомленості у випадках спинно-мозкових травм, діабету, погіршенні фізичного стану і похилому віці;
* дисфагію - стан порушення ковтання, при якому люди втрачають насолоду від їжі, а також є ризик аспіраційної пневмонії та недоїдання;
* сексуальну дисфункцію, що охоплює проблеми ідентичності та самореалізації, а також функціонування органів;
* зміни в сімейній динаміці, особистих стосунках, можливостях кар'єри та фінансовій безпеці.

Як повідомлялося в «Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності»22, очікується, що обмеження життєдіяльності будуть зростати в усьому світові та залишатимуться викликом для лікарів ФРМ, щодо здатності втручання до різних станів здоров'я, що потребують реабілітації. Це зростання дає можливість сприяння лікарській спеціальності ФРМ та підкреслення її важливості.

Важливість ФРМ у лікуванні різних захворювань іноді зневажається з огляду на завдання ФРМ у реабілітації. Проте ФРМ у більшості країн є спеціальністю, яка лікує гострі та хронічні м'язово-скелетні стани (*напр.* поперековий біль, біль у шиї та плечі, біль у тазовій та колінній ділянках та багато інших), порушення нервової системи (*напр.* спастичність, порушення балансу, атаксія), хронічні широко розповсюджені больові синдроми, а також серцево-судинні, метаболічні та респіраторні дисфункції, лімфатичні захворювання, дисфункції сечового міхура та кишківника. Додатково, ФРМ має специфічну компетентність у лікуванні специфічних синдромів, таких як синдром вигорання, розлади сну, слабкість, а також дисфункція органів черевної та тазової порожнини (синдром хронічного тазового болю, синдром подразненого кишківника та інші)23.

**Діагностика хвороб у фізичній та реабілітаційний медицині (медичний діагноз)**

Діагноз в фізичній та реабілітаційний медицині включає медичний діагноз та функціональне оцінювання. Стан здоров'я є узагальнюючим терміном для хвороб, розладів, пошкоджень або травм, а також інших обставин, таких як вагітність, старіння, вроджена аномалія або генетична схильність12. Оскільки широкий спектр медичних станів покривається фізичною та реабілітаційною медициною, лікар ФРМ визнає необхідність постановки одного (або кількох) визначених медичних діагнозів перед початком лікування і проведення проблемно-орієнтованих втручань фізичної та реабілітаційної медицини.

Для медичного діагнозу лікар ФРМ зосереджується на анамнезі пацієнта та клінічному обстеженні, а також на клінічних діагностичних процедурах, таких як лабораторні дослідження, методи візуалізації, електрофізіологічні тести тощо. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ-Х) - це класифікаційна система, що використовується зараз для кодування діагнозу станів здоров'я19.

Лікарі ФРМ детально вивчають анамнез чинного стану здоров'я, анамнез медичних станів в минулому, проводять огляд систем організму разом із функціональним статусом (мобільність, самообслуговування, пізнання, спілкування, професійна та рекреаційна активності), а також сімейний та соціальний анамнез24. Першорядне значення має ретельне медичне обстеження, включаючи загальний медичний, неврологічний огляди, а також огляд м'язово-скелетної системи. Спеціальні тести або провокаційні маневри, такі як тести для виявлення імпіджмент- синдрому плечового суглобу, тест Finkelstein, тест McMurray або інші, можуть бути необхідними для діагностики деяких м'язово-скелетних станів24.

Для діагностики багатьох станів здоров'я величезне значення мають методи візуалізації. Одним з загальних методів є рентгенологічне дослідження. Воно дозволяє підтверджувати діагноз і здійснювати моніторинг стаціонарних пацієнтів. Перш за все, рентгенологічне обстеження дає інформацію про ураження кісток, а також про кальцифікацію в пухлинах, м'яких тканинах, кровоносних судинах тощо. Завдяки своїм численним перевагам ультразвукове дослідження опорно-рухового апарату відіграє важливу роль в діагностиці, а також при моніторингу різних м'язово-скелетних порушень. На відміну від рентгенологічного дослідження та рентгенівської комп'ютерної томографії, воно не потребує радіаційного опромінення, є неінвазивним і, насамперед, для нього немає відомих протипоказань. Крім того, існує можливість повторного ультразвукового обстеження, і воно дуже чутливе до змін. Це дозволяє потенційно використовувати ультразвукове обстеження для моніторингу прогресування захворювання і оцінки терапевтичної ефективності місцевого та системного лікування. Додатково до стандартних ультразвукових досліджень, зараз збільшується використання кольорового допплерівського та енергетичного доплерівського ультразвукового дослідження в діагностиці синовіту, теносиновіту, ентезиту та бурситу. Енергетичне допплерівське дослідження, яке дуже чутливе у демонстрації запалення, зазвичай використовується при ревматологічних захворюваннях, для діагностики та моніторингу синовіту, травматичних ушкоджень, напр. під час лікування тендиніту або при оцінці об'ємних уражень (порівняння доброякісних та злоякісних змін)25.

Рентгенівська комп'ютерна томографія (КТ) є високочутливим сучасним методом діагностики. Він є безболісним та задовільної точності, але підвергає пацієнта впливу рентгенівського випромінювання. КТ ліпше, ніж МРТ, в діагностиці кровотечі, кальцифікації та змін в кістках черепа. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) разом з рентгенівською комп'ютерною томографією є однією з найважливіших медичних інновацій, що поліпшує надання допомоги пацієнтам27. Якщо клінічне обстеження вказує на нервово-м'язову хворобу або дисфункцію сечового міхура, повна оцінка цих пацієнтів включає відповідно електродіагностичне або уродинамічне обстеження. Задля правильного проведення диференційної діагностики, обстеження повинне проводитися технічно грамотно і результати повинні бути правильно інтерпретованими. Результати цього обстеження повинні уможливити виявлення основних патологічних процесів, таких, як у випадку нервово-м'язового захворювання: сенсорна, моторна або сенсомоторна поліневропатія, мононевропатія, множинна мононевропатія, полірадикулоневропатія, радикулопатія, міопатія, порушення на рівні нервово-м'язового з'єднання; у випадку дисфункції сечового міхура: надлишкова або недостатня активність детрузору або спазмований детрузор, недостатність сфінктера, детрузорно-сфінктерна диссинергія, чутлива дисфункція. У певних випадках фізикальне обстеження, уродинамічні та електродіагностичні дані можуть бути використаними для оцінки прогнозу відновлення або для оцінки прогресування захворювання або вибору підходу щодо ведення пацієнта28. Якщо клінічне обстеження вказує на дисфункцію сечового міхура, повне обстеження цих пацієнтів включає, в деяких випадках, зазвичай, при нейрогенних розладах, уродинамічне, і в більш рідких випадках електродіагностичне обстеження, орієнтоване на грудні, поперекові і крижові нейротоми та спинальні нерви. Задля правильного проведення диференційної діагностики, обстеження повинне проводитися технічно грамотно і результати повинні бути правильно інтерпретованими. Результати цього обстеження повинні уможливити виявлення основних патологічних процесів, таких, як: гіперактивність детрузора під час фази наповнення сечового міхура, недостатність сфінктера під час фази наповнення сечового міхура, гіпоактивність детрузора або аконтрактильний детрузор під час фази випорожнення сечового міхура, детрузорно-сфінктерна диссинергія під час фази випорожнення сечового міхура, сенсорна дисфункція під час фази наповнення та випорожнення сечового міхура. У деяких випадках фізикальне, уродинамічне та електродіагностичне обстеження можуть використовуватися для оцінки прогнозу відновлення або для оцінки прогресування захворювання або оцінки самого підходу до менеджменту.

Для підвищення ефективності діагностики та визначення стану пацієнта і його/її фізичних здатностей лікар ФРМ може використовувати валідований набір технологій, які з великою точністю інформують про основні особливості, такі, як м'язова сила (сила, робота) більшості м'язових груп, трьохплощинний діапазон руху сегментів тіла, спосіб ходьби (кінетичний і кінематичний аналіз), здатність до утримання рівноваги в різних положеннях і м'язова електрична активність, яка вимірюється поверхневими або голковими електродами під час руху або у спокої. Всі ці дослідження виявилися відмінними інструментами для визначення статусу та моніторингу терапевтичного процесу. Беручи до уваги характеристики найбільш часто використовуваних методів діагностики при травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату, лікар ФРМ несе значну відповідальність при їх виборі. Вона / він має завдання діагностувати проблему якомога точніше, але одночасно не завдавати шкоди пацієнтові. Додатково, після завершення реабілітаційної програми та вичерпання всіх подальших можливостей лікування, спеціаліст з фізичної та реабілітаційної медицини повинен провести остаточну оцінку функціональності пацієнта. На підставі цієї інформації проводиться оцінка незалежності пацієнта в активностях повсякденного життя, *напр.* потреба в сторонній допомозі і оцінка працездатності, *напр.* необхідність зміни роботи або виході на пенсію внаслідок обмежень життєдіяльності. Це має велике значення для здоров'я, але також і соціально-економічну важливість. Великий спектр лабораторних досліджень також може використовуватися лікарями ФРМ.

Окрім клінічного обстеження, візуалізація та лабораторне обстеження, вимірювання функціональних обмежень та функціонального потенціалу, який стосується програми ФРМ, є основною частиною діагностики в фізичній та реабілітаційній медицині. Ці вимірювання можуть включати аналіз функцій м'язів (сила, електрична активність тощо), гоніометрію для діапазону руху суглобів, тестування циркуляторних функцій (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, стрес-навантаження), легеневої функції, балансу і ходи, рукостискання та інших18.

**Багатомірне оцінювання функціонування (функціональне оцінювання)**

Додатково до медичного діагнозу, функціональне оцінювання є необхідною вимогою для лікаря ФРМ, оскільки це є складовою медичної спеціальності, яка головним чином зосереджена на поліпшенні функціонування4. Діагностичний процес в реабілітації традиційно називають «оцінюванням»26, отже «оцінювання функціонування» - це найкращий термін для функціонального оцінювання4. Таблиця ІІІ надає огляд тестів та інструментів оцінювання, які часто використовуються в фізичній та реабілітаційній медицині.

Функціонування - це життєвий досвід людської істоти, в якому переплетені організм, персона та суспільство12. Відповідно до концептуальної моделі ВООЗ - Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), функціонування є загальним терміном, що включає функції та структури організму, активність та участь5. Оцінювання функціонування повинна здійснюватися на основі концептуальної основи, наданої МКФ, та повинно включати функції та структури організму, а також активність та участь3 (Вставка 3). Для того, щоб повністю відобразити функціонування конкретної особи, існує потреба в оцінюванні даних про обсяги функціонування, включаючи порушення функцій та структур організму, обмежень активності та участі, бар'єрів середовища та сприятливих чинників, а також сприйняття і очікування індивідуумів26.

Функції та структури організму систематично класифіковані у восьми відповідних розділах МКФ5. Функціями організму, що вимагають оцінювання при більшості м'язово-скелетних станів є біль, рухливість суглобів, стабільність суглобів, м'язова сила, м'язовий тонус, витривалість м'язів, енергія, сон, емоційні функції, толерантність до фізичних вправ, патерни ходьби і сексуальні функції. Оцінювання функцій організму при неврологічних станах має також включати пізнавальні функції (свідомість, орієнтація, увага, пам'ять, мова, сприйняття), дотик та інші чутливі функції, функції голосу та мовлення, контроль довільного руху, дефекація та сечовипускання. Деформації суглобів, атрофія м'язів, структурні порушення різних м'язово-скелетних ділянок, що визначаються рентгенівськими і іншими методами візуалізації, структурні порушення головного, або спинного мозку, що продемонстровані з використанням різних методів візуалізації, та пролежні є прикладами порушень структур організму, які зазвичай оцінюються в сфері ФРМ. Функції та структури організму можливо оцінювати з використанням анамнезу, фізикального обстеження, лабораторних досліджень, методів візуалізації, деяких клінічних, електрофізіологічних обстежень чи нейропсихологічних тестів або опитувальників для самостійного заповнення. Прикладами інструментів оцінювання функцій організму, які широко використовуються, є Beck Depression Inventory для депресії, Mini Mental State Examination для деяких когнітивних функцій та Modified Ashworth Scale для оцінювання м'язового тонусу27.

Лікарі ФРМ можуть також використовувати стандартизовані технічні оцінювання виконання, такі як аналіз ходьби, динамометрія м'язів та інших рухових функцій. В процесі фізичної та реабілітаційної медицини при роботі з пацієнтами з певними станами можуть знадобитися спеціалізовані діагностичні методи оцінювання, *напр.* оцінка дисфагії при інсульті, електродіагностичні тести при пошкодженні периферичних нервів, уродинамічні вимірювання при пошкодженнях спинного мозку або тести оцінювання когнітивних функцій при черепно-мозковій травмі1,2.

«Активність та участь» представлені в 9 доменах, як єдиний список в МКФ5. Активність - це основні завдання чи дії, що представляють індивідуальну перспективу функціонування. В фізичній та реабілітаційній медицині було б розумно операціонізувати «активність», як окремий рівень оцінювання. У цьому випадку в якості «активності» можуть розглядатися домени: навчання та застосування знань, загальні завдання та потреби, спілкування, мобільність, самообслуговування та, певною мірою, життя вдома. «Участь» представляє суспільну перспективу функціонування та включає міжособистісні взаємодії та взаємини, життєві заходи, такі як життя вдома, освіта, робота та зайнятість, громадське, соціальне та цивільне життя28. Термін «функціональне оцінювання», що використовується в медичній літературі, відповідає оцінюванню «активності та участі». Можна оцінювати виконання, описуючи те, що робить особа в його нинішньому середовищі, або здатність, яка описує можливість персони виконувати завдання або дію, і це оцінювання слід виконувати в «стандартизованому» середовищі28. Хоча кореляції між здатністю і виконанням спостерігаються коливаються від помірних до високих, фактори середовища та особисті фактори (такі, як мотивація) мають значний вплив на виконання активності29.

Оцінювання активності та участі може бути здійснено за допомогою різних методів, що включають безпосереднє опитування функціонального анамнезу, спостереження за активністю, використання стандартизованих функціональних шкал (опитування щодо активності повсякденного життя, інструментальна активність повсякденного життя, когнітивне функціонування, участь тощо) або спеціальні тести виконання, такі, як спритність, рівновага або ходьба. Більшість інструментів оцінювання, що використовуються у сфері ФРМ, оцінюють активність30,31. Оцінювання може зосереджуватися на спеціальній активності, такій, як мобільність або спритність, або поєднання таких активностей. Наприклад, Rivermead Mobility Index оцінює мобільність, тоді як Nine Hole Peg Test оцінює спритність. Індекс Бартела і Functional Independence Measure (FIM™) зазвичай використовують загальні шкали обмежень активності, перший оцінює фізичну активність у повсякденному житті, останній оцінює як фізичні, так і пізнавальні аспекти повсякденного життя32 (комплексний список опитувальників і інших інструментів комплексного оцінювання, що використовуються в ФРМ, може бути знайдений у Додатку 3).

Фактори середовища та особисті фактори, через їх вплив на функціонування, безумовно, повинні оцінюватися в процесі ФРМ, як бар'єри або сприятливі чинники. Оцінювання факторів середовища може бути розглянуто відповідно до структури МКФ, де вони перераховані в п'яти розділах, як продукти і технології, природне середовище і антропогенні зміни середовища, підтримка і відносини, ставлення, послуги, системи і політика5. Необхідно також зазначити такі особисті фактори, як спосіб життя, звички, освіта, раса/етнічність, життєві події або соціальні передумови, хоча вони не входять до МКФ. Відповідні контекстуальні фактори відносно до соціального та фізичного середовища оцінюються шляхом опитування або стандартизованими контрольними тестами на основі МКФ. Для визначення особистих факторів можуть бути використані стандартизовані анкети (*напр.* оцінка стратегій подолання ситуації)18.

Хоча медичне та функціональне оцінювання (оцінювання функціонування) в цій главі розглядаються окремо, в МКФ добре встановлена двобічна взаємодія між станом здоров'я та функціональними властивостями5. Вплив стану здоров'я на функціонування є беззаперечним, і функціонування є невід'ємною частиною нашого сприйняття здоров'я33. Всесвітня організація охорони здоров'я прагне інтеграції МКХ та МКФ під час процесу перегляду МКХ (МКХ-ХІ)34. Спільне використання МКХ та МКФ в МКХ-ХІ дасть доступність до цілісної інформації щодо медичного діагнозу та його впливу на функціонування (*напр.* функціональне оцінювання) одночасно в загальній структурі35.

**Втручання в фізичній та реабілітаційній медицині**

Фізична та реабілітаційна медицина використовує широкий спектр біомедичних та технологічних втручань. Втручання ФРМ, які відповідають Міжнародній класифікації втручань в охорони здоров'я (ICHI) (зараз розробляється)36, включають медичні втручання (*напр.* медикаментозне лікування та практичні процедури), фізичне лікування та фізіотерапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення, менеджмент дисфагії, нейропсихологічні інтервенції, психологічні втручання (включаючи консультування пацієнтів, родин та доглядачів), дієтотерапію, допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби, навчання пацієнтів, та медсестринство в ФРМ/реабілітації (Вставка 4). Більш детальна інформація наведена в Таблиці IV (комплексний перелік втручань може бути знайдений у Додатку 4).

Зростають наукові докази ефективності та результативності більшості застосованих втручань. Нова Кокранівська реабілітаційна сфера має за мету бути мостом між наявними доказами та сферою практичної діяльності фізичної та реабілітаційної медицини (http://rehabilitation.cochrane.org/).

**Стандартизовані програми фізичної та реабілітаційної медицині**

Як згадувалося вище, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини відіграють комплексну роль у програмах реабілітації, що пов'язана зі здоров'ям. Вони починаються з чіткого медичного діагнозу, функціонального та соціального оцінювання та продовжуються з визначенням різних цілей, які необхідно досягти відповідно до потреб пацієнта, створенням комплексної стратегії, досягнення індивідуальності втручання та наглядом за командою або мережевою співпрацею. Вона закінчується після остаточного оцінювання усього процесу. Такий процес можна назвати «програмою допомоги з фізичної та реабілітаційної медицини».

Комітет клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС розробив стандарти акредитації таких програм та опублікував серію вже акредитованих (таблиця V). Така акредитація базується на наступному (Додаток 5):

* епідеміологічні потреби та наукові докази, що підтримують проект програми;
* цільова популяція з критеріями включення та виключення;
* загальні цілі, сформульовані відповідно до МКФ;
* добре структурований зміст з деталями щодо порядку денного з можливими стадіями, інструментами діагностики та оцінювання (для початкового, періоду спостереження та заключного періодів), запланованими втручаннями (безпосереднє лікування, освіта та навчання, реабілітація) та чіткою роллю кожного учасника програми;
* адаптоване обладнання та кадровий склад, з відповідним керівництвом команди. інструменти оцінювання повинні допомогти прийняттю індивідуальних рішень та надавати об'єктивні дані для загального оцінювання програми;
* критерії виписки та фінальний звіт з рекомендацією щодо довготривалого спостереження.

Програми допомоги з фізичної та реабілітаційної медицини є гарною основою для якісного підходу. Визначення програм допомоги призводить до підкреслення важливих аспектів діяльності ФРМ, а також висуває деякі моменти, які можуть бути покращені за допомогою подальшого плану дій. Структуроване оцінювання буде надавати цікаві дані про результати в умовах реального життя.

Програми допомоги з фізичної та реабілітаційної медицини можуть адаптувати загальні принципи до будь-якої місцевої потреби та стану. Наприклад, раннє втручання ФРМ у лікарні, що надає гостру допомогу, створить іншу програму для людей з черепно-мозковими травмами, ніж заклад в громаді, що надає реабілітаційні послуги для постраждалих від черепно-мозкових травм. А блок, що займається аналізом постави та руху запропонує третій варіант додаткового оцінювання та програми консультування. У деяких випадках програми ФРМ можуть бути націлені на дуже специфічні популяції, за скеруванням інших фахівців. Навпаки, вам може знадобитися задовольнити різні потреби з використанням меншої кількості технологій, але з більшим особистим спілкуванням. Тому будь-яку програму варто розглядати з однаковою увагою.

Програми допомоги повинні бути націлені на вирішення однієї конкретної проблеми, а не описувати загальну діяльність відділення ФРМ. Наприклад, фокус може бути зроблений на «інсультній програмі», а не на розмові про «неврологічні стани» в цілому. Головним входом до програми може бути:

* порушення (як наслідок стану здоров'я): геміплегія, ампутація, спинномозкова травма, реконструкція зв'язок колінного суглобу, поперековий біль тощо;
* обмеження активності та обмеження можливості участі: обмеження при ходьбі, обмеження самообслуговування, неможливість виконання домашніх, рекреаційних чи спортивних активностей та інші;
* професійна ціль або самостійне життя для людей після черепно-мозкової травми;
* період життя з певними особливостями: діти з церебральним паралічем, спортсмени з травмами опорно-рухового апарату, працівники фізичної праці з поперековим болем, літні люди з ризиком падіння і інші.

Кількість акредитованих програм фізичної та реабілітаційної медицини постійно зростає.

Ще один підхід до більшої стандартизації втручань ФРМ в програмах лікування та реабілітації для певних станів здоров'я надає Комітет професійної практики Секції ФРМ ЄСМС. Він детально описує Сферу компетентностей ФРМ у конкретних галузях. Результати цих зусиль опубліковані в електронній книзі зі Сфери компетентностей ФРМ, яка доступна на веб-сайті Секції та Ради ФРМ ЄСМС37.

**Управлінські навички та консультативна роль фізичної та реабілітаційної медицини**

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини мають широкий спектр управлінських навичок. До них відносяться:

* на мікро-рівні надання допомоги: менеджмент пацієнта-кейсу та його комплексності, зокрема, підтримка пацієнта/клієнта щодо вибору правильних послуг, отримання соціальної та юридичної підтримки, адаптації середовища тощо. Це також включає управління мульти-професійною реабілітаційною командою, *напр.* в організації зустрічей, документуванні результатів, спостереженні за ходом виконання рішень;
* на мезо-рівні організації послуги: управління реабілітаційною лікарнею або іншою службою, керівництво підрозділом ФРМ у великому закладі. Це також включає впровадження та контроль виконання програм управління якістю. Аспекти кваліфікації членів команди, забезпечення відповідним технічним обладнанням та фінансовими ресурсами є також частиною цієї сфери роботи;
* на макро-рівні систем і політик в охорони здоров'я: впливати на політику охорони здоров'я та дизайн середовища для сприяння участі осіб з обмеженнями життєдіяльності та станами, що призводять до обмежень життєдіяльності, включаючи доступ до реабілітаційних послуг. Управління цією частиною середовища є важливим фактором успішної реабілітації. У більшості випадків це не буде робити один практикуючий лікар ФРМ, але це буде здійснюватися в контексті товариств ФРМ або відповідальних комітетів та інших зацікавлених органів;

Для досягнення цих завдань навчання з ФРМ включає багато аспектів управлінських навичок: командна робота, навички планування, знання систем охорони здоров'я, управління процесами, принципи надання послуг, включаючи фінансові аспекти, основи політики охорони здоров'я тощо.

**Мульти-професійна співпраця та спільна робота команди**

У літературі, що стосується командної роботи та співпраці у реабілітації, терміни іноді використовуються інакше, ніж їх визначення в науковій літературі з командних моделей та взаємодії між членами команди. Тому тут потрібно пояснення термінів.

У літературі з фізичної та реабілітаційної медицини терміни переважно використовуються для опису партнерів по співпраці, які працюють разом в команді:

* мульти-професійна команда: команда, що складається з багатьох фахівців реабілітації (*напр.* лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення, медичні сестри та/або інші);
* між-дисциплінарна співпраця: співпраця між різними медичними спеціальностями (*напр.* лікар ФРМ, травматолог, невролог, кардіолог та/або інші)

У теорії команд терміни використовуються для опису шляху співпраці та взаємодії між членами команди незалежно від їх професійної підготовки:

* мульти-дисциплінарна командна робота: командна робота без систематизованої структури та без організованого процесу прийняття рішень. Такі команди, переважно засновані на ієрархії, не мають регулярних зборів, обговорюють лише частини роботи (або конкретних пацієнтів), мають менше можливостей для обговорення та, в багатьох випадках, спілкуються на двосторонній основі.
* між-дисциплінарна командна робота: співпраця членів команди з різною підготовкою, які об'єднують свої загальні, спеціальні знання та досвід для спільного вирішення проблем. Такі команди регулярно збираються, обговорюють усі проблеми та працюють на основі рівноправності внеску кожного члена команди. Рішення приймаються всією командою (переважно на основі консенсусу). Спілкування завжди є багатостороннім.

Термін «мульти-професійна команда» буде використовуватися для реабілітаційної команди, що складається з різних фахівців реабілітації, які спільно працюють під керівництвом лікаря ФРМ, термін «між-дисциплінарне консультування» буде використовуватися для співпраці лікарів ФРМ з іншими медичними спеціалістами і термін «спільна робота команди» буде використовуватися для команди, яка працює в між-дисциплінарному, мульти-дисциплінарному або транс-дисциплінарному порядку відповідно до умов і потреб.

Як згадувалося раніше, терапевтичні цілі, оцінювання і втручання в ФРМ є багатовимірними і дуже складними. Таким чином, вони повинні виконуватися на основі професійних знань і відповідальності, які потребують залучення інших фахівців у сфері охорони здоров'я, таких як фізичні терапевти, ерготерапевти, медичні сестри, терапевти мови та мовлення, ортезисти, протезисти та/або інші фахівці охорони здоров'я. Кожен з них робить внесок відповідно до його/її специфічних компетентностей, однак, у більшості випадків медична відповідальність за пацієнта залишається за лікарем ФРМ.

Формат співпраці може відрізнятися, залежно від фази (гостра, підгостра або довготривала реабілітація) та закладу (лікарня, реабілітаційний центр, амбулаторні послуги чи реабілітація, що надається в громаді). У більшості випадків потрібні структуровані мульти-професійні команди, що працюють спільно під керівництвом лікарів ФРМ, засновані на загальному етичному та науковому ґрунті, а також на загальній методології та мові. Це є основою для досягнення оптимального рівня результатів.

Мульти-професійна командна робота має важливе значення для діагнозу та оцінювання порушень, обмежень активності та обмежень можливості участі, вибору варіантів лікування, координації різноманітних заходів для досягнення узгоджених цілей та критичної оцінки та перегляду планів/цілей для реагування на зміни в здоров'ї та функціонуванні пацієнта (Вставка 5).

У багатьох випадках реабілітація вимагає між-дисциплінарного консультування з іншими лікарями-спеціалістами, зокрема після оперативних втручань, протягом діагностичної фази захворювання та для планування багатовимірного лікувального плану. Медичним спеціалістам необхідно узгодити спільну стратегію, яка включає всі їх втручання в потрібний час для досягнення загального підходу до загальної стратегії лікування. Регулярні внески можуть вимагатись від інших медичних спеціалістів як в відділеннях гострої реабілітації, так й в умовах довготривалої реабілітації (переважно у співпраці з лікарями первинної допомоги).

Команди ФРМ не лише включають членів з різною професійною підготовкою, але також працюють над узгодженими цілями, використовуючи спільні стратегії. Це більше, ніж додавання роботи різних фахівців охорони здоров'я в роботі мульти-професійної команди (під керівництвом лікаря ФРМ) і розуміння ролі і цінності колег. Команда працює, щоб встановити цілі, скориговані з часом та відповідно до клінічного та функціонального прогресу пацієнта. Найважливішими принципами успішної командної роботи є38:

* відповідний діапазон знань та вмінь для узгоджених завдань;
* взаємна довіра та повага;
* бажання ділитися знаннями та досвідом;
* відкрите висловлення думок.

Команда безпосередньо залучає пацієнта та його/її значущих осіб/членів сім'ї для встановлення відповідних та реалістичних цілей втручань в межах загальної узгодженої програми реабілітації. Ці цілі повинні бути орієнтованими на пацієнта, підтримуватися командою і постійно коригуватися протягом реалізації програми ФРМ.

Співпраця в реабілітаційній команді забезпечується структурованої комунікацією всередині команди та регулярними зборами команди з обговоренням діагнозу, функціонального впливу на функціонування та активність пацієнта, його можливості брати участь в житті суспільства, а також можливих ризиків і прогнозу хвороби. Оцінювання членів команди включаються в план реабілітації, який регулярно переглядається.

Успішні команди повинні включати широкий спектр знань, здібностей та професійних навичок, а членами в першу чергу є: лікарі ФРМ, медичні сестрі з реабілітаційними знаннями, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, клінічні психологи та нейропсихологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти, біоінженери, а також нутріціоністи39. Структура команд може відрізнятися в різних європейських країнах і залежить від специфіки кожного відділення реабілітації.

Члени команди повинні мати належну кваліфікацію з цілеспрямованою науковою та професійною освітою (базовою та безперервною). Потрібні знання і повага до навичок і здібностей інших членів команди. Лікарі ФРМ зобов'язані надавати адекватну інформацію, навчання та клінічну підтримку, але кожний фахівець охорони здоров'я несе особисту відповідальність за дотримання стандартів його/її професії.

У членів команди повинні бути такі компетентності39:

* лікарі: діагностика основної патології та порушень, прогноз, медичне оцінювання та лікування, створення плану лікування та реабілітації, призначення фармакологічних та не фармакологічних методів лікування та оцінка ефекту від них;
* реабілітаційні медичні сестри: зосередження на та моніторинг потреб повсякденної допомоги. Спеціальні знання в області менеджменту життєздатності тканин та проблем тазових органів. Надання емоційної підтримки пацієнтам та їх сім'ям. Навчання пацієнтів і членів їх родин;
* фізичні терапевти: деталізоване оцінювання проблем постави та руху, призначення фізичних методів лікування, включаючи вправи для відновлення рухів та полегшення болю тощо;
* ерготерапевти: оцінювання впливу фізичних або когнітивних проблем на активності повсякденного життя, повернення до роботи, активності навчання та/або дозвілля. Забезпечення спеціальними знаннями щодо стратегій, які можуть бути використані пацієнтом та його/її родиною, використання допоміжних технологій для адаптації середовища для сприяння незалежності;
* терапевти мови та мовлення: оцінювання та терапія когнітивних, комунікативних проблем, проблем моторики рота та обличчя та розладів ковтання;
* клінічні психологи та нейропсихологи: деталізоване оцінювання когнітивних, перцептивних та емоційних / поведінкових проблем. Розробка разом с пацієнтом, його сім'єю та іншими фахівцями охорони здоров'я стратегій щодо їх менеджменту;
* соціальні працівники: сприяння участі, реінтеграція у суспільство та соціальній підтримці;
* протезисти і ортезисти: спеціальні знання в області забезпечення технологіями, починаючи від шин і штучних кінцівок до засобів контролю навколишнього середовища;
* біоінженери та інженери з реабілітації: стосовно технологій та збору даних;
* нутріціоністи: оцінювання та сприяння адекватному харчуванню.

Роль лікаря ФРМ в команді є суттєвою для встановлення медичного діагнозу, функціональної оцінки, призначень, плану лікування і керівництва командою. Вона ґрунтується на медичних та етичних принципах, моделі МКФ функцій та структур організму, активності, участі та контекстуальних факторах, а також наукових результатах (доказова охорона здоров’я). Клінічне втручання повинно бути націлено на стан здоров'я, порушення, обмеження активності і обмеження можливості участі. Проте, практично всі реабілітаційні втручання мають ризики, які потрібно передбачити з відповідальністю. З цієї причини, перед кожним реабілітаційним втручанням суттєвим є ретельний медичний діагноз та оцінювання.

Для оптимізації програм ФРМ члени команди повинні розуміти свій конкретний внесок до спільної роботи команди, але лікарі ФРМ несуть відповідальність за забезпечення комплексного опису моделі допомоги для кожної особи, та очолюють процес прийняття рішень.

Спільна робота команді встановлює міцні відносини з усіма зацікавленими сторонами команди ФРМ, що ґрунтуються на відкритості і взаємній повазі та врахуванні технічних навичок один одного. Успіх команди полягає у встановленні комунікації, докладанні зусиль, для подолання труднощів, яких зазнає пацієнт.

Лікарі ФРМ відіграють суттєву роль в співпрацюючих командах: очолюють, проводять діагностику, стимулюють обговорення, розробляють і оцінюють нові управлінські стратегії для керування реабілітаційним планом та забезпечення клінічного успіху.

**Етика в клінічній практиці фізичної та реабілітаційної медицини**

Фахівці фізичної та реабілітаційної медицини цілеспрямовано залучають пацієнтів, їх сім'ї та доглядачів до процесу встановлення цілей і розглядають етичні дилеми як частину цього процесу. Це також стосується рішень періоду закінчення життя, для яких кожна конкретна країна має свої правові рамки. Наприклад, у Бельгії та Нідерландах пацієнти з нестерпними стражданнями внаслідок важкого невиліковного стану здоров'я можуть вибрати евтаназію, якщо їх ситуація відповідає вимогам закону.

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини регулярно враховують права своїх пацієнтів у своїй повсякденній практиці, а етичні та моральні рішення приймаються у сфері ФРМ щоденно. Багато з них є незначними, *напр.* рішення пояснити ризики і отримати інформовану згоду на внутрішньосуглобову ін'єкцію або електродіагностичну процедуру. Інші, однак, є більш складними та комплексними, та можуть вимагати участі кількох різних людей. Деякі питання є досить специфічними для спеціальності. Беручи до уваги згадані вище етичні принципи, буде розглянуто етичні проблеми трьох видів, що часто зустрічаються в реабілітаційній медицині: розподіл ресурсів та вибір пацієнтів, етика командної допомоги та етичні проблеми при встановленні цілей. Метою є не обов'язкове забезпечення непорушних відповідей, а розгляд питання та різних можливостей, які можуть бути використані для сприяння процесу прийняття рішень. Цей текст не може дуже докладно розглядати дану ситуацію, проте будуть наведені два приклади - вибір пацієнтів і розподіл ресурсів. Хто вирішує, яких пацієнтів слід приймати до реабілітаційних закладів, а яких ні, і як клініцисти справляються з необхідністю розподілу обмежених ресурсів?

Siegert, et al.40 розглянув, як фахівці реабілітації захищають права і гідність своїх пацієнтів на тлі зростаючої кількості літератури з прав людини, особливо стосовно здоров'я та реабілітації. Ця стаття була спрямована на те, щоб ознайомити фахівців реабілітації з тим, яке місце займають права людини в реабілітаційній практиці, і стимулювати подальшу дискусію та обговорення. У ній було висвітлено деякі важливі віхи в недавній історії правозахисного руху та пояснено деякі важливі терміни в літературі з прав. Він описав модель структури прав людини Ward та Birgden, як приклад перспективи прав, яка може мати особливе значення для здоров'я і соціальних послуг та реабілітації41.

Зрештою, метою реабілітаційної медицини є забезпечення самостійності пацієнта, добродійності та законності, прагнучі надати максимально можливу допомогу, одночасно поважаючи побажання і принципи суспільства в цілому в рамках обмежень наявних ресурсів. Інші фактори включають вибір пацієнтів для реабілітації, діяльність та компетентності команди ФРМ, встановлення цілей у контексті ФРМ та розподіл ресурсів42.

На закінчення, в практиці реабілітації ми все частіше стикаємося з дуже делікатними етичними питаннями. Макрорівень існує як структура, але рішення приймаються щодня на мікро- та мезо-рівнях. Ця еволюція є наслідком низки істотних медичних, технічних та соціальних еволюцій протягом останніх десятиліть. Етичні цінності та культуральні переконання професіоналів, а також пацієнтів, впливають на вибір у реабілітації. Ми повинні усвідомлювати, що культуральні відмінності можуть вплинути на результат лікування. Етичні та культуральні питання повинні бути частиною навчальних програм реабілітації та післядипломного навчання. Професіоналам, які надають послуги ФРМ, необхідно виділити час, щоб обміркувати ці питання.

**Результати втручань та програм фізичної та реабілітаційної медицини**

Оскільки фізична та реабілітаційна медицина визначається як «медицина функціонування» з «реабілітацією» в якості основної стратегії3,4,43, «функціонування», а також різні аспекти якості життя і сприйняття здоров'я і благополуччя4,44 є найбільш важливими цілями лікування і програм фізичної та реабілітаційної медицини. Тому неодмінним результатом, специфічним для ФРМ, є «функціонування».

Існує багато прикладів того, що програми ФРМ та реабілітаційні послуги показали ефективність в покращенні функціонування (функціональних результатів) та зменшенні обмежень життєдіяльності.

*Важливість функціональних результатів*

Функціональні результати пов'язані з трьома вимірами, включаючи функції та структури організму, активність та участь, як це визначено в загальному терміні «функціонування» в Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)5, що охоплює сфери життя, включаючи розуміння і спілкування, мобільність, самообслуговування, взаємодію з іншими людьми, домашнє життя, роботу/працевлаштування, школу, відпочинок та приєднання до громадської діяльності / участь у суспільстві5,45. Функціонування притаманне всім людським істотам, і будь-яка особа може зазнавати проблем функціонування, що варіюють від легких до важких, протягом його/її життя46. Консенсусний погляд Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) полягає в тому, що здоров'я - це не просто відсутність певного захворювання або травми, але воно містить функціонування (*напр.* здатність виконувати фізичні та розумові дії / завдання)47. Отже, функціонування є основним елементом здоров'я та покращення функціональних результатів є життєво важливою метою.

Дійсно, дані свідчать про те, що рівень функціонування особи у взаємодії з поточним середовищем, що називається «здоров'я життя», є більш важливим, ніж біологічне здоров'я. Було показано, що загальне здоров'я, яке безпосередньо описується особою, є дуже актуальним у великій когорті з близько вісімнадцяти тисяч осіб, які живуть у спільноті та близько десяти тисяч осіб, що перебувають у закладах з догляду. Сприйняття загального здоров'я в популяції осіб в закладах з догляду з більш низьким рівнем біологічного здоров'я ближче до сприйняття серед популяції, яка мешкає в громаді, при забезпеченні допоміжними пристрої та/або сторонньою допомогою48. Цей висновок чітко вказує на цінність і важливість функціональних результатів, які конкретно стосуються ФРМ, при оцінки здоров'я з точки зору людей. На закінчення, реальна допомога функціональним результатам, що забезпечуються підходами ФРМ, які фокусуються на функції, очевидно, є річчю, яка є дуже важливою для людей. Ініціатива ВООЗ щодо інтегрованого використання Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ)19 та МКФ5 в процесі перегляду МКХ, спрямованого на представлення впливу стану здоров'я на функціонування, є важливим заходом35, який підкреслює важливість функціонального результату в ФРМ.

*Пацієнт-центричні результати*

Первинна відповідальність лікарів ФРМ полягає в тому, щоб продукувати результати лікування, які впливають на життя людей відповідно до їх цінностей. Можна стверджувати, що, незважаючи на те, що лікарі ФРМ звертають увагу на якість життя особи в цілому, фізична та реабілітаційна медицина націлена на якість життя, що пов'язана зі здоров'ям, яке становить важливу частину цілої якості життя49.

Тому результати в фізичній та реабілітаційній медицині пов'язані з різними аспектами якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, внаслідок поліпшень функціонування та/або сприйняття здоров'я і благополуччя4,44. Демонстрація благополуччя та соціальної участі людини є важливою рисою основного результату реабілітації, орієнтованої на пацієнта50. Благополуччя, ймовірно, є більш надійним показником успіху, ніж якість життя. Багато сучасних показників якості життя беззастережно дозволяють судити про значущість специфічних об'єктивних факторів, таких як, *напр.* здатність підніматися по сходах, яка не може сприйматися однаково важливою усіма особами з обмеженнями життєдіяльності1,2.

Щоб виправдати очікування особи, спільне встановлення цілей є центральним пунктом фізичної та реабілітаційної медицини і основною компетентністю лікарів ФРМ і реабілітаційної команди. Встановлення цілей пов'язане з покращенням результатів фізичної та реабілітаційної медицини, а також оцінкою результатів лікування51. Взаємно узгоджені цілі та результати є основою процесу реабілітації, що орієнтована на особу та ціль з пріоритизацією функціональних результатів. Інструменти МКФ, такі як ICF Categorical Profile, ICF Evaluation Display та ICF Assessment Sheets, можуть бути використані для ідентифікації, визначення та ілюстрації цілей реабілітації, цілей втручання та досягнення цілей13. Оцінювання змін функціонування після ціль- та результат-спрямованого реабілітаційного втручання та досягнення цілей є показовою мірою результату в реабілітаційних закладах17. На індивідуальному рівні міра результату є дуже важливою для демонстрації доказів ефективності окремих реабілітаційних втручань та послуг. Ці міри результату повинні бути безпосередньо пов'язаними зі специфічно визначеними цілями, зазначеними в плані реабілітації. Оцінка реабілітації має фундаментальні відмінності від оцінки в медичній допомозі, що орієнтована на хворобу, яка спрямована на обмеження патології або лікування хвороби1,2. Важливо визначити, який результат треба виміряти при індивідуально-орієнтованому підході вимірювання результатів для визначення, чи були досягнуті специфічні цілі для конкретної особи. Якщо проблемою особи є порушена функція, тоді первинний результат повинен стосуватися виміру цієї функції. Якщо метою є досягнення «участі в соціальному житті», то в якості первинного результату має бути виміряно обмеження участі28. Оцінки пацієнт-орієнтованих результатів в дослідженнях служать наріжними каміннями для доказової медицини, яка визначається як «інтеграція кращих наукових даних з клінічними знаннями і цінностями пацієнтів»52. Доказова практика покращує результати допомоги, якщо досягається найкращий компроміс між визначеними цілями особи (цілями, які є важливими та значущими для людей) та планом реабілітації.

В результаті, реабілітація має можливість знизити тягар обмежень життєдіяльності як для людей, так і для суспільства. Показано, що вона є ефективною у підвищенні індивідуального функціонування та самостійного життя шляхом досягнення більшої активності, ліпшого здоров'я та зменшення ускладнень та наслідків супутніх захворювань. Це допомагає індивідууму та суспільству у більшій особистій автономії, поліпшенні можливостей працевлаштування та іншій заняттєвій активності. Незважаючи на те, що у поверненні до самостійного життя та праці залучено багато соціальних факторів, ФРМ може підготувати людину та родину/доглядачів до отримання максимальної переваги наявних можливостей1,2.

*Результати щодо ціни-ефективності*

Ефективність реабілітації пов'язана не тільки з поліпшенням функціонування і незалежним життям, але і зі зниженням ціни залежності внаслідок обмежень життєдіяльності1,2. Вплив фізичної та реабілітаційної медицини на економію коштів було обговорено у главі про економічний тягар обмежень життєдіяльності.

*Результати щодо виживання*

Нарешті, результати фізичної та реабілітаційної медицини також пов'язані з виживанням. Існує чимало доказів того, що реабілітація зменшує ризик смертності в деяких групах пацієнтів, і прикладом може бути серцево-судинна реабілітація на основі фізичних вправ для хворих з хворобою коронарних артерій, що призводить до зниження серцево-судинної смертності53. Існують інші приклади, коли реабілітація показала свою ефективність у поліпшенні виживання.

Реабілітація може бути успішно досягнута в умовах, коли не відбувається біологічне відновлення, і навіть при станах, які періодично або постійно погіршуються. В останньому випадку реабілітація може потребуватися у вигляді постійної програми, що дозволить пацієнтові підтримувати рівень участі та благополуччя, які інакше не будуть досягнуті. Аудит цих послуг є стандартною практикою1,2.

На закінчення, програми фізичної та реабілітаційної медицини та реабілітаційні послуги для людей з обмеженнями життєдіяльності формують конкретну допомогу, включаючи поліпшення функціонування (за рахунок зниження порушень функцій організму, обмежень активності і обмежень участі) і зниження витрат, а також зниження смертності для певних груп пацієнтів, що виправдовують важливість результатів фізичної та реабілітаційної медицини. Вимірювання результатів заходів, пов'язаних з функціонуванням, та які орієнтовані на пацієнта, повинні розглядатися як первинний результат у клінічних дослідженнях реабілітації.

**Посилання**

1. Section of Physical and Rehabilitation Medicine Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Society for Physical and Rehabilitation Medicine. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Eur Medicophysica. 2006 Dec;42(4):292–332.

2. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007 Jan;(45 Suppl):6–47.

3. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2007 May;39(4):286–92.

4. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):760–4.

5. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health WHO Geneva 2001. 2001.

6. Reinhardt JD, von Groote PM, DeLisa JA, Melvin JL, Bickenbach JE, Li LSW, et al. Chapter 3: International non-governmental organizations in the emerging world society: the example of ISPRM. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(10):810–22.

7. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. J Rehabil Med. 2017 Jan 31;

8. Gutenbrunner C, Meyer T, Stucki G. The field of competence in physical and rehabilitation medicine in light of health classifications: an international perspective. Am J Phys Med Rehabil. 2011 Jul;90(7):521–5.

9. Gutenbrunner C, Nugraha B. Physical and rehabilitation medicine: responding to health needs from individual care to service provision. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Feb;53(1):1–6.

10. Lexell J. What’s on the horizon: defining physiatry through rehabilitation methodology. PM R. 2012 May;4(5):331–4.

11. Wade DT. Describing rehabilitation interventions. Clin Rehabil. 2005 Dec;19(8):811–8.

12. Stucki G, Kostanjsek N, Üstün B, Ewert T, Cieza A. Applying the ICF in Rehabilitation Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Frontera W.; 301-324 p. (section 11).

13. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Sep;44(3):329–42.

14. Lexell J, Brogårdh C. The use of ICF in the neurorehabilitation process. NeuroRehabilitation. 2015;36(1):5–9.

15. Tyson S, Greenhalgh J, Long AF, Flynn R. The use of measurement tools in clinical practice: an observational study of neurorehabilitation. Clin Rehabil. 2010 Jan;24(1):74–81.

16. Levack WMM, Weatherall M, Hay-Smith EJC, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 20;(7):CD009727.

17. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: A systematic review. Clin Rehabil. 2006 Sep;20(9):756–72.

18. Gutenbrunner C, Lemoine F, Yelnik A, Joseph P-A, de Korvin G, Neumann V, et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). Ann Phys Rehabil Med. 2011 Jul;54(5):298–318.

19. WHO. Statistical Classiﬁcation of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision (ICD-10) [Internet]. 2001. Available from: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en

20. Kohler F, Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Riberto M, et al. Towards the joint use of ICD and ICF: a call for contribution. J Rehabil Med. 2012 Oct;44(10):805–10.

21. Selb M, Kohler F, Robinson Nicol MM, Riberto M, Stucki G, Kennedy C, et al. ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. J Rehabil Med. 2015 Jan;47(1):2–8.

22. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. 2011.

23. Gutenbrunner C, Liebl ME, Reißhauer A, Schwarzkopf SR, Korallus C, Ziegenthaler H, et al. Rehabilitationsmedizin neu denken – Das Profil des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PMR). Phys Med Rehab Kuror. 2014;62–74.

24. The physiatric history and physical examination. Elseiver Saunders. 2011: Physical Medicine and Rehabilitation. Braddom RL; 2011. 3-39 p.

25. Ozçakar L, Tok F, De Muynck M, Vanderstraeten G. Musculoskeletal ultrasonography in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2012 Apr;44(4):310–8.

26. Wade DT. Diagnosis in rehabilitation: woolly thinking and resource inequity. Clin Rehabil. 2002 Jun;16(4):347–9.

27. Barak S, Duncan PW. Issues in selecting outcome measures to assess functional recovery after stroke. NeuroRx J Am Soc Exp Neurother. 2006 Oct;3(4):505–24.

28. Küçükdeveci AA, Tennant A, Grimby G, Franchignoni F. Strategies for assessment and outcome measurement in physical and rehabilitation medicine: an educational review. J Rehabil Med. 2011 Jul;43(8):661–72.

29. Holsbeeke L, Ketelaar M, Schoemaker MM, Gorter JW. Capacity, capability, and performance: different constructs or three of a kind? Arch Phys Med Rehabil. 2009 May;90(5):849–55.

30. Haigh R, Tennant A, Biering-Sørensen F, Grimby G, Marincek C, Phillips S, et al. The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. J Rehabil Med. 2001 Nov;33(6):273–8.

31. Skinner A, Turner-Stokes L. The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. Clin Rehabil. 2006 Jul;20(7):609–15.

32. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley NC, Bitensky J. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. Disabil Rehabil. 2005 Feb 18;27(4):191–207.

33. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. BMC Public Health. 2014 Mar 3;14:218.

34. World Health Organization. The International Classification of Diseases 11th Revision (ICD 11) [Internet]. [cited 2016 Aug 11]. Available from: http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/

35. Escorpizo R, Kostanjsek N, Kennedy C, Nicol MMR, Stucki G, Ustün TB, et al. Harmonizing WHO’s International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. BMC Public Health. 2013 Aug 12;13:742.

36. World Health Organization. International Classification of Health Interventions (ICHI), under development. [Internet]. [cited 2016 Jun 19]. Available from: www.who.int/classifications/ichi/en/.

37. European Union of Medical Specialists, Section of Physical and Rehabilitation Medicine-Professional Practice Committee (PPC-ebook). The field of competence in physical and rehabilitation medicine physicians. Part I [Internet]. N. Christodoulou, A. Delarque, E. Varela Donoso; 2014. Available from: www.euro-prm.org

38. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2010 Jan;42(1):4–8.

39. King JC, Blankenship KI, Schalla W, Mehta A. Rehabilitation team function and prescriptions, referrals and order writing. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Philadelphia: Frontera WR; 359-386 p.

40. Siegert RJ, Ward T, Playford ED. Human rights and rehabilitation outcomes. Disabil Rehabil. 2010;32(12):965–71.

41. Ward T, Birgden A. Human rights and correctional clinical practice. Aggress Violent Behav. 2007;628–43.

42. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. Scand J Rehabil Med. 2000 Jun;32(2):51–5.

43. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):765–9.

44. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. J Rehabil Med. 2007 May;39(4):279–85.

45. World Health Organization. Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) [Internet]. [cited 2016 Jul 1]. Available from: http://www.who.int/classifications/icf/more\_whodas/en/

46. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Soc Sci Med 1982. 1999 May;48(9):1173–87.

47. Salomon JA, Mathers CD, Chatterji S, Sadana R, Ustün TB, Murray CJL. Quantifying Individual Levels of Health: definitions, concepts, and measurement issues. Geneva, WHO: Murray CJL, Evans DB; 2003. 301–318 p.

48. Bostan C, Oberhauser C, Stucki G, Bickenbach J, Cieza A. Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better? BMC Public Health. 2014 Feb 21;14:189.

49. Johnston MV, Ottenbacher KJ, Graham JE, Findley PA, Hansen AC. Systematically assessing and improving the quality and outcomes of medical rehabilitation programs. Fifth Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Frontera WR, DeLisa J, Gans B, Walsh N, Robinson L; 2010. 325-355 p.

50. Wade DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? Disabil Rehabil. 2003 Aug 5;25(15):875–81.

51. Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. Disabil Rehabil. 2006 Jun 30;28(12):741–9.

52. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn’t. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.

53. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler A-D, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 2016 Jan 5;67(1):1–12.

54. Stewart G, Sara G, Harris M, Waghorn G, Hall A, Sivarajasingam S, et al. A brief measure of vocational activity and community participation: development and reliability of the Activity and Participation Questionnaire. Aust N Z J Psychiatry. 2010 Mar;44(3):258–66.

55. Baum CM, Edwards D. Activity card sort. AOTA Press. Bethesda; 2008.

56. Fougeyrollas P, Noreau L, Bergeron H, Cloutier R, Dion SA, St-Michel G. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation. 1998 Jun;21(2):127–41.

57. Berry HL, Rodgers B, Dear KBG. Preliminary development and validation of an Australian community participation questionnaire: types of participation and associations with distress in a coastal community. Soc Sci Med 1982. 2007 Apr;64(8):1719–37.

58. Bedell G. Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). Dev Neurorehabilitation. 2009;12(5):342–51.

59. Willer B, Ottenbacher KJ, Coad ML. The community integration questionnaire. A comparative examination. Am J Phys Med Rehabil. 1994 Apr;73(2):103–11.

60. Smith MK, Ford J. A client-developed functional level scale: The Community Living Skills Scale (CLSS). J Soc Serv Res. 1990;61–84.

61. Resnik L, Plow M, Jette A. Development of CRIS: measure of community reintegration of injured service members. J Rehabil Res Dev. 2009;46(4):469–80.

62. Holbrook M, Skilbeck CE. An activities index for use with stroke patients. Age Ageing. 1983 May;12(2):166–70.

63. Post MWM, de Witte LP, Reichrath E, Verdonschot MM, Wijlhuizen GJ, Perenboom RJM. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. J Rehabil Med. 2008 Aug;40(8):620–7.

64. Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clin Rehabil. 1999 Oct;13(5):411–9.

65. Wilkie R, Peat G, Thomas E, Hooper H, Croft PR. The Keele Assessment of Participation: a new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2005 Oct;14(8):1889–99.

66. Haley SM, Jette AM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T, et al. Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Apr;57(4):M217-222.

67. Mars GMJ, Kempen GIJM, Post MWM, Proot IM, Mesters I, van Eijk JTM. The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2009 Nov;18(9):1207–18.

68. Malec JF, Kragness M, Evans RW, Finlay KL, Kent A, Lezak MD. Further psychometric evaluation and revision of the Mayo-Portland Adaptability Inventory in a national sample. J Head Trauma Rehabil. 2003 Dec;18(6):479–92.

69. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. Am J Clin Nutr. 1982 Nov;36(5):936–42.

70. Brandt A, Löfqvist C, Jónsdottir I, Sund T, Salminen A-L, Werngren-Elgström M, et al. Towards an instrument targeting mobility-related participation: Nordic cross-national reliability. J Rehabil Med. 2008 Oct;40(9):766–72.

71. Bushnik T. Norwegian Function Assessment Scale. New York: Springer. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology; 2011. 1796–1797 p.

72. Coster W, Law M, Bedell G, Khetani M, Cousins M, Teplicky R. Development of the Participation and Environment Measure for Children and Youth: conceptual basis. Disabil Rehabil. 2012;238–46.

73. Whiteneck GG, Dijkers MP, Heinemann AW, Bogner JA, Bushnik T, Cicerone KD, et al. Development of the participation assessment with recombined tools-objective for use after traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Apr;92(4):542–51.

74. Heinemann AW, Lai J-S, Magasi S, Hammel J, Corrigan JD, Bogner JA, et al. Measuring participation enfranchisement. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Apr;92(4):564–71.

75. Gandek B, Sinclair SJ, Jette AM, Ware JE. Development and initial psychometric evaluation of the participation measure for post-acute care (PM-PAC). Am J Phys Med Rehabil. 2007 Jan;86(1):57–71.

76. Brown M, Dijkers MPJM, Gordon WA, Ashman T, Charatz H, Cheng Z. Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. J Head Trauma Rehabil. 2004 Dec;19(6):459–81.

77. van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju MS, et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. Disabil Rehabil. 2006 Feb 28;28(4):193–203.

78. Gray DB, Hollingsworth HH, Stark SL, Morgan KA. Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. Arch Phys Med Rehabil. 2006;189–97.

79. Rejeski WJ, Ip EH, Marsh AP, Miller ME, Farmer DF. Measuring disability in older adults: the International Classification System of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. Geriatr Gerontol Int. 2008 Mar;8(1):48–54.

80. Pallant JF, Misajon R, Bennett E, Manderson L. Measuring the impact and distress of health problems from the individual’s perspective: development of the Perceived Impact of Problem Profile (PIPP). Health Qual Life Outcomes. 2006 Jun 29;4:36.

81. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). J Psychosom Res. 1986;30(1):77–91.

82. Sandström M, Lundin-Olsson L. Development and evaluation of a new questionnaire for rating perceived participation. Clin Rehabil. 2007 Sep;21(9):833–45.

83. Jelles F, Van Bennekom CA, Lankhorst GJ, Sibbel CJ, Bouter LM. Inter- and intra-rater agreement of the Rehabilitation Activities Profile. J Clin Epidemiol. 1995 Mar;48(3):407–16.

84. Pinsonnault E, Dubuc N, Desrosiers J, Delli-Colli N, Hébert R. Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). Arch Gerontol Geriatr. 2009 Feb;48(1):40–4.

85. Densley K, Davidson S, Gunn JM. Evaluation of the Social Participation Questionnaire in adult patients with depressive symptoms using Rasch analysis. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2013 Oct;22(8):1987–97.

86. Harris M, Gladman B, Hennessy N, Lloyd C, Mowry B, Waghorn G. Reliability and validity of a measure of role functioning among people with psychiatric disabilities. Aust Occup Ther J. 2011 Jun;58(3):203–8.

87. Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJ. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke. 1999 Oct;30(10):2131–40.

88. Tate RL, Simpson GK, Soo CA, Lane-Brown AT. Participation after acquired brain injury: clinical and psychometric considerations of the Sydney Psychosocial Reintegration Scale (SPRS). J Rehabil Med. 2011 Jun;43(7):609–18.

89. Rosenblum S. Validity and reliability of the Time Organisation and Participation Scale (TOPS). Neuropsychol Rehabil. 2012;22(1):65–84.

90. Post MWM, van der Zee CH, Hennink J, Schafrat CG, Visser-Meily JMA, van Berlekom SB. Validity of the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. Disabil Rehabil. 2012;34(6):478–85.

91. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010 Nov 1;88(11):815–23.

92. Kelly L, Jenkinson C, Dummett S, Dawson J, Fitzpatrick R, Morley D. Development of the Oxford Participation and Activities Questionnaire: constructing an item pool. Patient Relat Outcome Meas. 2015;6:145–55.

93. Morley D, Dummett S, Kelly L, Dawson J, Fitzpatrick R, Jenkinson C. Validation of the Oxford Participation and Activities Questionnaire. Patient Relat Outcome Meas. 2016;7:73–80.

94. VAN DE Velde D, Bracke P, VAN Hove G, Josephsson S, Viaene A, DE Boever E, et al. Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). Eur J Phys Rehabil Med. 2016 Aug;52(4):527–40.

95. Ballert CS, Hopfe M, Kus S, Mader L, Prodinger B. Using the refined ICF Linking Rules to compare the content of existing instruments and assessments: a systematic review and exemplary analysis of instruments measuring participation. Disabil Rehabil. 2016 Jul 14;1–17.

**Д**ля цього документу ім’я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

* Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
* Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
* Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
* Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
* Редактори 3го видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Christoph Gutenbrunner, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Carlotte Kiekens, Saša Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
* Учасники: Filipe Antunes, Ayşe A. Küçükdeveci, Aydan Oral, Peter Takáč, **C**atarina Aguiar Branco, Mark Delargy, Alessandro Giustini, Jean-Jacques Glaesener, Klemen Grabljevec, Karol Hornáček, Slavica Dj. Jandrić, Wim G.M. Janssen, Jolanta Kujawa, Renato Nunes, Rajiv K Singh, Aivars Vetra, Jiri Votava, Mauro Zampolini, Alain Delarque, Gabor Fazekas, Francesca Gimigliano, Vera Neumann, Tatjana Paternostro-Sluga, Othmar Schuhfried, Luigi Tesio, Tonko Vlak, Alain Yelnik.
* Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

Таблиці

Таблиця І: *Приклади деяких проблем, що розглядаються в реабілітаційному плані*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблема | Ціль | Можливі втручання |
| *Порушення функцій та структур організму* | | |
| Біль | Зменшення болю | Ліки-анальгетики; фізіотерапевтичні модальності; управління стресом; поліпшення стратегій подолання та інших стратегій |
| Слабкість м'язів | Збільшення сили м'язів | Вправи на посилення; електрична стимуляція для посилення м'язів |
| Афазія | Детальне оцінювання функцій мовлення та мови, сприяння функціям мовлення та мови. | Тренування мовлення та мови |
| Депресія | Менеджмент депресії, нормалізація та моніторинг порушень настрою для покращення участі у сесіях з фізичної терапії та ерготерапії | Антидепресанти від депресії; психотерапія; когнітивна та поведінкова терапія; консультування |
| Дисфункція сечовиділення та випорожнення кишківника, синдром болю тазового дна | Діагностичне оцінювання та тестування функції сечового міхура та кишківника (*напр.* фізикальне обстеження, щоденники сечового міхура та кишківника, аналіз січі, урокультура, ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів, уродинамичні тести, нейрофізіологічні тести), сприяння самостійності в контролі за сечовим міхуром та кишківником, сприяння керуванню хронічним больовим синдромом тазового дна | Ретренування сечового міхура та кишківника; вправи для тазового дна для зміцнення та розслаблення м'язів; ЄМГ або біологічний зворотний зв'язок з тиском; медикаментозна терапія; переміжна катетеризація; електрична стимуляція для зміцнення м'язів тазового дна та модулювання болю; електрична стимуляція для контролю за гіпер- та гіпофункцією детрузору; |
| *Обмеження активності та обмеження можливості участі* | | |
| Труднощі в користуванні одягом та взуттям та в користуванні туалетом | Сприяння та забезпечення незалежності в активностях з самообслуговування | Тренування балансу, трансферів та мобільності; специфічне завдання до тренування для користування одежею, взуттям та туалетом; пристосування середовища для користування туалетом |
| Труднощі при ходьбі | Сприяння та забезпечення незалежності при ходьбі | Тренування балансу, трансферів та мобільності; призначення, тренування та нагляд за користуванням допоміжним пристроєм для ходьби |
| Неможливість керувати домашніми справами | Оцінювання здатності та виконання особою домашніх активностей; сприяння та забезпечення незалежності у домашніх активностях. | Тренування домашніх активностей (підготування та приготування їжі, миття, чищення тощо); сприяння можливостям використання альтернативних методів або джерел та/або допоміжного обладнання; адаптація будинку та інша адаптація середовища |
| Втрата роботи | Повернення до роботи | Оцінка професійної здатності особи та місця роботи; відновлення професійних здібностей; адаптація професії; професійна перепідготовка; адаптація робочого місця та обладнання; вдосконалення доступу та підтримки на роботі |

Таблиця ІІ. *Стани, які лікарі фізичної та реабілітаційної медицини лікують або до яких можуть бути долучені (повний перелік можливо знайти у Додатку 2.)*

|  |
| --- |
| • Травматичні захворювання, *напр.* черепно-мозкова травма, спинномозкова травма, сполучена травма, пошкодження периферичних нервів і сплетінь, спортивні травми/пошкодження, виробнича травма, переломи кісток, травматичний розрив сухожилків або зв'язок, опікова травма та наслідки хірургічних операції та інших видів лікування (*напр.* ампутація кінцівок, контрактури, пов'язані з радіаційним ураженням). |
| • Нетравматичні захворювання нервової системи: *напр.* інсульт, екстрапірамідні та рухові розлади, включно з хворобою Паркінсона, дистоніями, множинним склерозом, інфекції (включно з поліомієлітом) та пухлини ЦНС, складні наслідки нейрохірургічних втручань, м'язова дистрофія та нервово-м'язові розлади, системні атрофії, що уражують ЦНС (*напр.* атаксії, спінальні м'язові атрофії, хвороби мотонейрону, включаючи бічний аміотрофічний склероз, пост-поліомієлітний синдром), інші дегенеративні захворювання нервової системи (*напр*. хвороба Альцгеймера). |
| • Гострий або хронічний біль внаслідок різних причин: таких як ампутація, післяопераційний біль, полінейропатія при критичних станах та хронічний поширений біль (включно з фіброміалгією). |
| • Нетравматичні захворювання м'язово- скелетної системи: хребта (хронічний та гострий поперековий біль, біль в шиї та грудному відділі), інфекційні, функціональні, дегенеративні та запальні артропатії (*напр.* остеоартрит, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, стеноз хребта, розлади скронево-нижньощелепного суглобу), м'яких тканин (*напр*. тендитініт, теносиновіт), фібробластічні розлади (*напр.* хвороба Дюпуітрена, підошовний фасціїт), ураження плечового суглобу (*напр.* адгезивний капсуліт, синдром ротаторної манжети), ентезопатії кінцівок (*напр.* епікондиліт, тендиніт, іліотібіальний синдром, п’яткова шпора, метатарзалгія), інші порушення м’яких тканин (*напр.* міалгія, фіброміалгія), розлади структури та щільності кісткової тканини (*напр*. остеопороз, остеомаляція) та інші кісткові розлади (*напр*. симпатична рефлекторна дистрофія / комплексний регіональний больовий синдром), інші суглобові розлади, у тому числі набуті деформації та деформуючі дорсопатії (*напр.* сколіоз). |
| • Психічні та поведінкові розлади, що мають відношення до реабілітації: *напр.* деменції, біполярний афективний розлад, післятравматичний стресовий розлад, депресія, тривожний розлад, психічні розлади у дитинстві (*напр*. дитячий аутизм, синдром Ретта, синдром гіперактивності з дефіцитом уваги) |
| • Серцево-судинні захворювання: *напр.* ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда, серцева недостатність, атеросклероз нижніх кінцівок, міокардит, підвищений артеріальний тиск. |
| • Захворювання лімфатичної системи: *напр.* лімфедема внаслідок раку молочної залози та інша лімфедема. |
| • Захворювання респіраторної системи: астма, хронічне обструктивне захворювання легень, легенева гіпертензія, трансплантація легень. |
| • Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання: цукровий діабет, ускладнення метаболічного синдрому, ожиріння, недоїдання. |
| • Гематологічні захворювання: функціональні наслідки лейкемії, лімфоми, трансплантації кісткового мозку. |
| • Захворювання шлунково-кишкового тракту: *напр.* неінфекційні запальні захворювання кишківника. |
| • Захворювання сечостатевої системи та шлунково-кишкового тракту: *напр.* сфінктерні розлади сечового міхура, стресове нетримання сечі або калу, нейрогенна дисфункція сечового міхура і кишківника, синдроми хронічного тазового болю, сечо-статеві розлади, хронічна ниркова недостатність. |
| • Порушення вестибулярної функції, що мають відношення до реабілітації: *напр.* головокружіння, шум у вухах. |
| • Розлади шкіри та підшкірної тканини: *напр.* пролежні, псоріаз. |
| • Функціональні наслідки раку: включаючи рак голови / шиї, рак молочної залози, рак тіла матки, рак яєчників, рак підшлункової залози, рак передміхурової залози, рак стравоходу. |
| • Наслідки певних інфекційних та паразитарних захворювань: *напр.* наслідки прокази, наслідки поліомієліту, лімфатичний філяріоз, ВІЛ-інфекція, бруцельоз. |
| • Порушення, пов'язані з віком: *напр.* втрата м'язів та атрофія-саркопенія, сенільна астенія та слабкість. |
| • Інші хвороби у дітей: *напр.* вроджений сколіоз, ювенільний остеохондроз хребта, вроджені вади розвитку (*напр.* щілина губи, щілина піднебіння, вроджені аномалії серця), хромосомні аномалії (*напр.* синдром Дауна). |
| • Комплексний стан внаслідок різних і множинних причин: синдром постільного режиму, детренування, мультисистемна недостатність. |

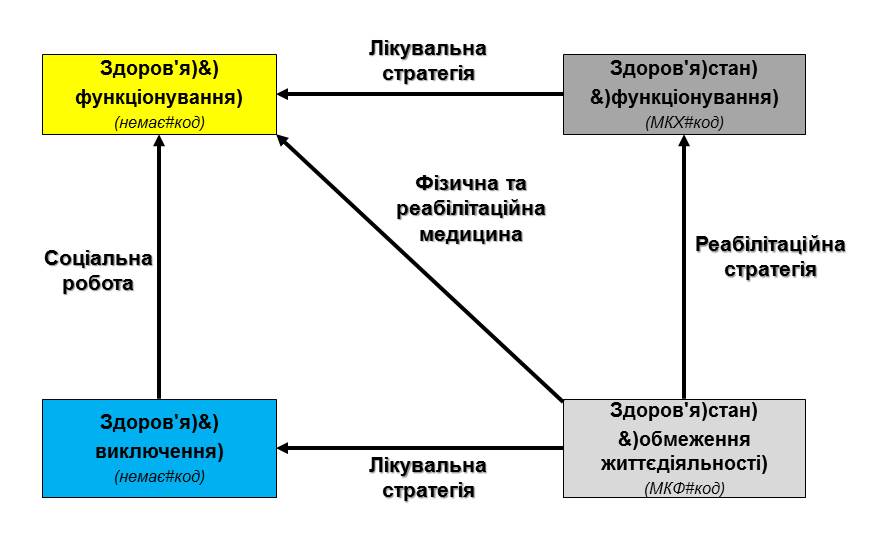
|  |
| --- |
| Таблиця ІІІ. - *Діагностичні інструменти та засоби оцінювання в фізичній та реабілітаційній медицини: активність, участь та контекстуальні фактори* |
| Засоби спеціального клінічного та технічного оцінювання активності та участі |
| * Спритність: Nine Hole Peg Test, Box & Block test, тест функції кисті Jebsen-Taylor |
| * Використання кисті та руки: Motor Activity Log, ABILHAND, Action Research Arm Test, Cochin Hand Scale, The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Score та інші шкали. |
| * Баланс: Шкала Балансу Berg, Timed «Up and Go Test», Functional Reach Test, субшкала балансу тесту Fugl-Meyer, Postural Assessment Scale for Stroke, статична та динамічна постурографія, інерційні датчики для носіння та інші шкали виконання |
| * Мобільність: Functional Ambulation Category, тест ходьби на 10 метрів, тест ходьби за 6 хвилин, індекс мобільності Rivermead тощо. |
| * Активність повсякденного життя: Health Assessment Questionnaire, індекс Barthel, Functional Independence Measure (FIM™) |
| * Інструментальні та розширені активності повсякденного життя: Індекс активностей Frenchay, Шкала активностей повсякденного життя Rivermead тощо. |
| * Активність та участь: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II), модифікована шкала Rankin, London Handicap Scale, Impact on Participation and Autonomy Questionnaire, Participation Profile, Participation Scale, Keele Assessment of Participation, LIFE-H, EuroQol 5 та інші шкали самооцінки. |
| * Системи телемоніторингу для реабілітації |
| * Електроміографічні пристрої |
| * Діагностичні ультразвукові пристрої |
| * Робота: оцінювання роботи та продуктивної активності (включаючи оцінку функціональної здатності та аналіз місця роботи), опитувальники для самостійного заповнення (*напр.* Work Limitations Questionnaire, World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire, Workplace Activity Limitations Scale тощо) |
| * Оцінка керування транспортним засобом. |
| Оцінювання контекстуальних факторів та потреб |
| * Відповідні фактори середовища: продукти та технології для особистого користування у повсякденному житті, мобільність та переміщення у приміщенні / назовні; природне та фізичне середовище; підтримка з боку родини, друзів, піклувальників, громади, фахівців охорони здоров’я, роботодавців тощо; ставлення людей та суспільства, послуги, системи та політики. |
| * Особисті фактори: спосіб життя, звички, освіта, раса / етнос, життєві події або соціальні базові потреби. |
| * Потреби в обладнанні, персональне пересування (*напр.* візки). |
| * Потреби в адаптації середовища (*напр.* проживання). |
| * Доступ до інформаційних технологій, медична грамотність. |

Таблиця IV. *Втручання в фізичній та реабілітаційній медицині*

|  |  |
| --- | --- |
| Медичні втручання | Медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення або поліпшення структур та/або функцій організму, *напр.* знеболювальна терапія, протизапальна терапія, регуляція м'язового тонусу, поліпшення здоров'я кісток, лікування депресії тощо. |
| Практичні процедури, *напр.* ін’єкції (*напр.* анестетиків, кортикостероїдів, внутрішньосуглобові ін’єкції гіалуронової кислоти, або епідуральні ін’єкції, або ін’єкції у тригерні точки, введення ботулотоксину), нейротерапія, регенеративна ін’єкційна терапія (*напр.* пролотерапія з декстрозою, плазма, збагачена тромбоцитами), блокади нервів та інші методи введення лікарських засобів (*напр.* іонофорез, фонофорез, використання інтратекальних помп для введення баклофену тощо). |
| Втручання ФРМ з фізичними агентами та терапевтичними вправами | Кінезіотерапія та терапевтичні вправи |
| Техніки нейрофасілітації, *напр.* нейророзвиткові втручання (напр. підходи Bobath, Brunnstrom), пропріоцептивна нейром’язова фасілітація і терапія з сенсорної інтеграції, а також практика повторюваних завдань (*напр.* терапія примусовими рухами) |
| Техніки мануальної терапії для зворотно скутих суглобів і пов'язаних дисфункцій м’яких тканин, а також мануальні тракції (можливі також тракції з використанням пристроїв) |
| Дихальна фізична терапія (методи та техніки гігієни дихальних шляхів, інгаляційна терапія, дихальні вправи) |
| Терапія з використанням масажу та вібраційна терапія (*напр.* вібрація всього тіла) |
| Електротерапія (*напр.* методи електростимуляції - крізьшкірна електронейростимуляція, функціональна електростимуляція, нервово-м’язова електростимуляція, стимуляція спинного мозку). |
| Нейромодуляція / неінвазивні методи стимуляції мозку (*напр.* транскраніальна стимуляція постійним струмом, повторювальна транскраніальна магнітна стимуляція) |
| Магнітотерапія |
| Лімфотерапія (*напр.* ручний лімфатичний дренаж, перев’язування) |
| Медитативні рухові терапії (*напр.* цигун, йога та тай-чи) |
| Маневри (*напр.* специфічні репозиційні маневри, фізичні контр-маневри для контролю за ортостатичною гіпотензією) |
| Інші методи фізичної терапії, у тому числі ультразвукова, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія, застосування тепла та холоду, короткохвильова діатермія, текартерапія, озонотерапія тощо. |
| Комп’ютерні ігри з використанням систем віртуальної реальності / ігрові консолей / відеоігри |
| Фототерапія (*напр.* терапія з використанням ультрафіолетового випромінювання, терапія із застосуванням яркого світла, лазерна терапія) |
| Гідротерапія та бальнеотерапія |
| Кліматотерапія |
| Акупунктура |
| Активності, пов'язані з допомогою тварин та терапія з допомогою тварин (*напр.* іпотерапія, використання службових тварин) |
| Гіпербарична оксигенотерапія |
| Ерготерапія | Аналіз і тренування активностей повсякденного життя та занять і навчання пацієнта навичкам подолання бар'єрів у виконанні активностей повсякденного життя |
| Тренування когнітивних та навчальних стратегій для обминання когнітивних порушень |
| Втручання з метою повернення до роботи і втручання з ергономіки для сприяння функціонуванню |
| Реабілітаційні втручання для керування транспортним засобом (*напр.* оцінка за допомогою симулятора керування) |
| Ортезування |
| Налаштування середовища на роботі та вдома |
| Сприяння доступу до інформаційних технологій та їх використання, включаючи телереабілітаційні втручання |
| Терапія мови та мовлення | Додатково до традиційних методів терапії мови та мовлення, застосування інноваційних підходів до розладів мови та мовлення (*напр.* застосування технологій телемедицини) |
| Менеджмент дисфагії | Втручання для сприяння ковтанню і адаптаційні засоби (*напр.* використання специфічних поз, маневрів при ковтанні, модифікація консистенції і розміру болюсу) |
| Нейропсихологічні втручання | Когнітивне ретренування, когнітивна стимуляція та комп'ютерні інтервенції в контексті когнітивної реабілітації |
| Психологічні втручання та консультування | Когнітивні або поведінкові техніки (*напр.* когнітивно-поведінкова терапія, стратегії релаксації, майндфулнес терапія, медитація, біологічний зворотній зв'язок, дзеркальна терапія, керовані образи) |
| Нутрітивна терапія | Дієтичні втручання, включаючи поради та консультування з питань харчування |
| Допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби | Допоміжні технології (Додаток 5), починаючи від низкотехнологічних засобів, таких як тростини до високотехнологічного обладнання або систем, таких як моторизовані візки або комп'ютеризовані системи (системи комунікації, *напр.* телемоніторинг чи телереабілітація - згадані вище) та інші в практиці реабілітації, включаючи роботизовані втручання (роботизована реабілітація) |
| Пацієнти, родини / доглядачі, навчання професіоналів, включаючи навчання самоорганізації | Навчальні втручання для пацієнтів, включаючи навчання самоорганізації (*напр.* школа спини) |
| Навчальні втручання для родин / доглядачів (*напр.* втручання, орієнтовані на родину) |
| Навчальні втручання для професіоналів (*напр.* тренінги з доказової медицини, тренінги з досліджень, БМО / БПР) |
| ФРМ / реабілітаційне медсестринство | Догляд, навчання та допомога з питань безпеки (*напр.* запобігання падінню в лікарнях), контроль за шкірою, сечовим міхуром та кишківником, харчування, сон |
| Кейс-менеджмент шляхом комунікації між реабілітаційною командою, пацієнтом та родиною |
| Сприяння виписці / пересуванню між закладами |

|  |
| --- |
| Таблиця V. - *Програми ФРМ, акредитовані в Комітетом клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС* (з: www.euro-prm.org/index.php?option=com\_content&view=article&id=33&Itemid=187&lang=en) |
| Акредитовані програми |
| N012 - Програма ФРМ для пацієнтів з травмами спинного мозку в підгострій фазі - Anda Nulle (Латвія) |
| N011 - Програма ФРМ для пацієнтів з підвищеним ризиком падіння - Andreas Dinsenbacher (Люксембург) |
| N010 - Програма ФРМ для травм периферичних нервів - Primoz Novak (Словенія) |
| N009 - Програма ФРМ для пацієнтів з черепно-мозковою травмою - Klemen Grabljevec (Словенія) |
| N008 - Myotel: Телелікування болю в шиї та плечі, що ґрунтується на зворотному зв'язку –міорелаксації - Daniel Wever (Нідерланди) |
| N007 – Мульти-професійний менеджмент діабетичної стопи - Martinus Terburg (Нідерланди) |
| N006 - SAMSAH TC-CL 13: Програма ФРМ для довготривалого супроводу пацієнтів з черепно-мозковими травмами - Alain Delarque (Франція) |
| N005 - Програма ФРМ для уражень та травм спинного мозку - Rajmond Šavrin (Словенія) |
| N004 - Програма ФРМ для пацієнтів з спинномозковою травмою - Sasa Moslovac (Хорватія) |
| N003 – Програма допомоги з ФРМ для пацієнтів з поперековим болем та попереково-крижовій радикулопатії - Svetlana Lenickiene (Литва) |
| N002 - Програма ФРМ після артропластики кульшового та колінного суглобів - Ieva Michailoviene (Литва) |
| N001 - ФРМ супровід після реконструкції передньої хрестоподібної зв’язки - Georges de Korvin (Франція) |
| Програми з випробувальної фази |
| P2 (2008) - Післятравматична геріатрична реабілітація. M. Quittan (Австрія) |
| P3 (2008) - Реабілітація онкологічних хворих. V. Fialka-Moser (Австрія) |
| P4 (2008) - Загальна фізична та реабілітаційна медицина. G. de Korvin (Франція) |
| P5 (2008) - ФРМ та пацієнти з інсультом. Nika Goljar (Словенія) |
| P8 (2008) - ФРМ та пацієнти з неврологічними розладами. Zoltan Denes (Угорщина) |
| P9 (2008) - ФРМ та пацієнти з неврологічними розладами. A. Giustini (Італія) |
| P17 (2008) - Оцінювання та лікування пацієнтів з розладами ходьби у денному стаціонарі в гострих закладах. A. Delarque (Франція) |
| P18 (2008) - ФРМ та пацієнти з спинномозковими травмами. Jurate KESIENE (Литва) |
| P19 (2008) - Реабілітація людей після ампутації. Metka Presern-Strukelj (Словенія) |
| P21 (2008) - Стаціонарна програма реабілітації дітей. Hermina Damjan (Словенія) |
| P22 (2008) - ФРМ та пацієнти з інсультом. Tomas Sinocevicius (Литва) |
| P24 (2008) - ФРМ та пацієнти з осторопозом. Katalin Bors (Угорщина) |
| P26 (2008) - Програма ФРМ для дорослих з неврологічними розладами. Erzsebet Boros (Угорщина) |

Малюнки



Малюнок 1*: Взаємодії лікувальної та реабілітаційної стратегій та інтегративна роль фізичної та реабілітаційної медицини (модифіковано з Reinhardt et al.)6*



Малюнок 2*: Піраміда рівнів спеціалізації реабілітації, що пов’язана зі здоров’ям, а також роль лікаря фізичної та реабілітаційної медицини в наданні допомоги, координації послуг та освіті і навчанні (з Gutenbrunner et al9*)



Малюнок 3*: Реабілітаційний цикл (модифіковано з Stucki et al., Rauch et al.14)*

Вставки

**Вставка 1. – Клінічний випадок: застосування чотирьох фаз реабілітаційного циклу**

|  |
| --- |
| Пацієнт, що страждає від черепно-мозкової травми, надійшов до реабілітаційного відділення, щоб розпочати реабілітаційну програму. Першим кроком реабілітаційного циклу є оцінювання, спрямоване на визначення проблеми, яка пов’язана з обмеженням життєдіяльності. Ми можемо визначити часткову втрату сили м’язів у 4 кінцівках (b730.2), у нього порушена увага (b140.2) і є серйозні порушення пам’яті (b144.3). Він вказує на біль при рухах правого стегна. Ці порушення призводять до зниження здатності отримання інформації, яка за допомогою сприяння осіб та технологій може дати хороше виконання (d132.23). Існують проблеми в Зміні та підтримці положень тіла (d410 - d429), Несенні, переміщенні та користуванні об'єктами (d430 - d449), Ходьбі та пересуванні (d450 - d469), Митті, що добре виконується з допомогою (d510.12) |
| Другий крок – це призначення фахівців охорони здоров’я - членів команди для вирішення проблем. Третя фаза - це тип втручання. Лікар ФРМ координує ці фази, обговорюючи з командою пріоритети втручань та ціль модифікації. |
| Підсумок цих трьох фаз наведений нижче. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пункт МКФ | Важкість | | Призначення | Втручання |
| b140 Функції уваги | 2 | | Нейропсихолог  Лікар ФРМ | Тренування уваги,  амантадин |
| b144 Функції пам’яті | 3 | | Нейропсихолог |  |
| b280 Відчуття болю | 3 | | Фізичний терапевт  Лікар ФРМ | Вправи  анальгетик |
| b710 Функції рухливості суглобу | 2 | | Фізичний терапевт | Вправи |
| b730 Функції м’язової сили | 2 | | Фізичний терапевт | Вправи |
| b735 Функції тонусу м’язів | 2 | | Фізичний терапевт  Лікар ФРМ | Вправи антиспастичні препарати |
| b740 Функції м’язової витривалості | 3 | | Фізичний терапевт | Вправи |
| b750 Функції рухових рефлексів | 2 | | Фізичний терапевт  Лікар ФРМ | Вправи антиспастичні препарати |
| b770 Функції патерну ходьби | 3 | | Фізичний терапевт  Лікар ФРМ | Вправи антиспастичні препарати |
| Здатність | | Виконання | |  |
| d132 Отримання інформації | 3 | 2 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d410 Зміна основних положень тіла | 2 | 1 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d415 Підтримання положення тіла | 2 | 1 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d420 Переміщення | 2 | 1 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d440 Дрібна моторика кисті | 3 | 3 | Фізичний терапевт  Ерготерапевт | Вправи  Тренування |
| d445 Використання кисті та руки | 2 | 2 | Фізичний терапевт  Ерготерапевт | Вправи  Тренування |
| d450 Ходьба | 3 | 1 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d455 Переміщення у спосіб, який відрізняється від ходьби | 4 | 3 | Фізичний терапевт | Вправи |
| d510 Миття | 1 | 0 | Ерготерапевт | Вправи |
| d520 Догляд за частинами тіла | 1 | 0 | Ерготерапевт | Вправи |
| d530 Користування туалетом | 1 | 0 | Ерготерапевт | Вправи |
| d540 Користування одягом та взуттям | 2 | 0 | Ерготерапевт | Вправи |
| d550 Вживання їжі | 1 | 0 | Терапевт мови та мовлення | Вправи |
| d560 Пиття | 2 | 0 | Терапевт мови та мовлення | Вправи |

Після періоду реабілітаційної програми можна оцінити прогрес та визначити черговий реабілітаційний цикл.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базова оцінка | | Оцінка прогресу після певного періоду | |
|  | Важкість | | Важкість | |
| b140 Функції уваги | 2 | | 1 | |
| b144 Функції пам’яті | 3 | | 3 | |
| b280 Відчуття болю | 3 | | 1 | |
| b710 Функції рухливості суглобу | 2 | |  | |
| b730 Функції м’язової сили | 2 | | 1 | |
| b735 Функції тонусу м’язів | 2 | | 1 | |
| b740 Функції м’язової витривалості | 3 | | 2 | |
| b750 Функції рухових рефлексів | 2 | | 1 | |
| b770 Функції патерну ходьби | 3 | | 2 | |
|  | Здатність | Виконання | Здатність | Виконання |
| d132 Отримання інформації | 3 | 2 | 3 | 1 |
| d410 Зміна основних положень тіла | 2 | 1 | 1 | 0 |
| d415 Підтримання положення тіла | 2 | 1 | 1 | 0 |
| d420 Переміщення | 2 | 1 | 1 | 0 |
| d440 Дрібна моторика кисті | 3 | 3 | 3 | 2 |
| d445 Використання кисті та руки | 2 | 2 | 2 | 1 |
| d450 Ходьба | 3 | 1 | 2 | 1 |
| d455 Переміщення у спосіб, який відрізняється від ходьби | 4 | 3 | 3 | 2 |
| d510 Миття | 1 | 0 | 0 | 0 |
| d520 Догляд за частинами тіла | 1 | 0 | 0 | 0 |
| d530 Користування туалетом | 1 | 0 | 1 | 0 |
| d540 Користування одягом та взуттям | 2 | 1 | 1 | 0 |
| d550 Вживання їжі | 1 | 1 | 1 | 0 |
| d560 Пиття | 2 | 2 | 1 | 1 |

**Вставка 2: Приклад пацієнта зі станом здоров'я та потребою в лікуванні фізичної та реабілітаційної медицини**

|  |
| --- |
| 25-річний чоловік зазнав дуже важкої черепно-мозкової травми після дорожньо-транспортної пригоди. Його порушення включали сплутаність, дезорієнтацію, збудження і неможливість ковтати. Тому він мав серйозний ризик розвитку аспіраційної пневмонії, яка загрожувала життю та могла порушити подальше відновлення його мозкових функцій. Додатково, в нього швидко розвинулись контрактури нижніх кінцівок внаслідок знерухомлення та надмірної активності м'язів (спастичність). |
| Відповідно, координована реабілітація забезпечила йому знаходження в тихому середовищі та допомагала комунікації та розумінню його ситуації. Лікування було спрямоване на зниження тривоги шляхом підходу до контролю поведінки. Для запобігання аспіраційної пневмонії та забезпечення адекватного харчування йому був встановлений зонд для годування через перкутанну ендоскопічну гастростому (ПЕГ). Лікування контрактур включало зниження спастичності, фізичної терапії та етапного ортезування. Після багатьох місяців інтенсивної реабілітації він зміг повернутися додому з поліпшенням поведінки. Ковтання відновилося так, що він міг нормально харчуватися, та ПЕГ було видалено. Він почав ходити, і пізніше зміг повернутися до оплачуваної роботи. |

**Вставка 3. - Приклад для тестування функцій та здатності, а також багатовимірного оцінювання функціонування**

|  |
| --- |
| 55-річний чоловік з хворобою Паркінсона відвідав амбулаторний заклад з мульти-професійною командою фізичної та реабілітаційної медицини. Він був скерований його сімейним лікарем, для оцінювання, чи можуть додаткові реабілітаційні втручання поліпшити його повсякденну активність, і чи він має можливість повернутись до роботи після професійної реабілітації. |
| Після клінічного обстеження лікарем ФРМ пацієнт заповнив набір оцінювальних анкет, включаючи Pain Disability Scale, Multidimensional Assessment of Fatigue Scale, Hospital Anxiety Depression Scale, Unified Parkinson Disease Rating Scale та Medical Outcomes Study Short Form 36 та Work Ability Index. |
| Відповідно до Європейських настанов з фізичної терапії при хворобі Паркінсона, фізичний терапевт оцінила функції організму та активності такі, як баланс, толерантність до фізичного навантаження, зміна основних положень тіла та ходьба. Вона провела тест Тimed-up and go та аналіз ходи. Ерготерапевт оцінив функцію кісті із застосуванням Nine-hole-peg test та виконання повсякденних активностей, таких, як використання їжі, користування туалетом, користування одягом та взуттям та миття. Додатково, він оцінив функції, пов'язані з його професійною участю, як адміністратора, такі як писання, використання комп'ютера та користування паперовими файлами. Психолог перевірив здатність до концентрації та вивчив психічні проблеми. Нарешті, але не менш важливо, соціальний працівник вивчив соціальну ситуацію пацієнта та можливості соціальної компенсації та адаптації робочого місця. |
| Результати оцінювання були обговорені на зборах команди фізичної та реабілітаційної медицини спільно з пацієнтом та під керівництвом лікаря ФРМ. Зроблено висновок, що 6-тижнева мульти-професійна реабілітація, включаючи фізичну терапію, ерготерапію, психотерапію, може покращити загальну придатність і працездатність пацієнта. Було визнано реалістичним, що пацієнт може повернутися до роботи, але, найімовірніше, зі скороченим щоденним робочим часом. Пацієнт був проінструктований щодо того, де та як подавати заявку на соціальну компенсацію та програму інтеграції до роботи з неповним робочим днем. |

**Вставка 4. - Приклад лікування пацієнта з цукровим діабетом, який лікується за програмою фізичної та реабілітаційної медицини**

|  |
| --- |
| 52-річний чоловік із цукровим діабетом 2 типу і гангреною стоп переніс транстібіальну ампутацію. Він отримав передопераційне консультування, яке дозволило йому справитись з майбутніми змінами в його тілі та способі життя. Це включало в себе заходи, що підготували його до боротьби зі змінами чутливості, виглядом тіла та порушеннями балансу і дозволили йому займатися реабілітацією. |
| Фізична терапія почалася протягом ранньої післяопераційної фазі з дихальної терапії та профілактики тромбозу та контрактур. Увага була приділена формуванню адекватної кукси з перев'язками та зменшенню набряку кукси. Він почав ходити з тимчасовим протезом і були проведені виміри для постійного. Це було зроблено з обговоренням з пацієнтом щодо рівня та характеру його фізичних вимог і цілей. Була звернута увага на можливі потреби у адаптації вдома, на робочому місці або машині. Був вивчений його шлях до паркінгу на роботі, дистанція, яку проходить пацієнт на роботі та інші відповідні фактори, такі, як дозвілля та сімейні заходи. Пацієнта навчали правилам догляду за куксою та протезами. Через три місяці після ампутації він був незалежним у самообслуговуванні, включаючи спостереження його залишкової кінцівки. Він зміг повернутися до роботи, і буде перебувати під наглядом до кінця життя. |

**Вставка 5: Приклад прийняття рішень, орієнтованих на пацієнтів, у багатопрофільній команді реабілітації**

|  |
| --- |
| Майкл - 48-річний одружений інформатик, батько 3 доньок-підлітків. По дорозі на роботу на мотоциклі, його збиває вантажівка і він отримує повну параплегію Т10. Прогноз відновлення є дуже обмеженим, про що Майкл був досить коротко повідомлений хірургом. Після 2-тижневого перебування в гострій лікарні, він надійшов до реабілітаційного центру. Члени реабілітаційної команди (лікар ФРМ, реабілітаційна медсестра, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, соціальний працівник та спортивний терапевт) під керівництвом лікаря ФРМ провели оцінювання та встановили короткострокові цілі на перші тижні: вертикалізація на нахиленому столі, сидіння в модульному візку, зміцнення верхніх кінцівок, тренування активностей повсякденного життя верхньої частини тіла, контроль функцій сечового міхура / кишківника медичними сестрами. Майкл сильно засмучений, мало спить і мотивація до втручання є низькою. На других зборах команди психолог ділиться з командою, що пацієнт знаходиться в депресивному настрої, скучає за родиною і не бачить сенсу в майбутньому. Він стверджує, що життя не має сенсу і задає питання щодо можливості припинення життя. На питання, «що є важливим для вас», він відповідає, що дуже важливим є знаходження вдома і приготування їжі для своєї сім'ї протягом вихідних. Приготування їжі - це його велика пристрасть та хобі. З трьома старими шкільними друзями вони мають «кулінарний клуб» одну суботу на місяць у своїх будинках, а ввечері їх дружини приєднуються до вечері. |
| Були швидко заплановані нові збори команди разом з Майклом та його дружиною, для встановлення спільних цілей. Там він зможе виразити свої відчуття та досвід перебування у блоці спинномозкової травми. Встановлюються нові цілі для короткого, так і для довгого термінів. У довгостроковій перспективі запропонована адаптація домівки, включаючи інфраструктуру кухні. Повернення до роботи здається можливим, за умови встановлення у його компанії туалету, доступного для візка. Оскільки родина катається на лижах двічі на рік, то, як тільки буде дозволяти стан, будуть заплановані певні лижні заняття у приміщенні із спортивним терапевтом, та при їх успішності, до переліку допоміжних пристроїв для страхової компанії водія вантажівки, який, як було визначено, є відповідальним за аварію, будуть додані сидячі лижі. Оскільки Майкл дуже хоче брати участь у кулінарному клубі також й у його друзів, з цією метою буде проводитись тренування ходи/стояння, спочатку з круговими ортезами на ногах, потім з ортезом на коліна-щиколотку -стопу та Walkabout. На короткий термін медичні сестри навчать його переміжної самокатетерізації, фізичні терапевти зосередять увагу на тренуванні користуванням візком та переміщенням, а ерготерапевти - на незалежності для особистих активностей повсякденного життя. За декілька тижнів заплановані візит додому з ерготерапевтом та перший вихідний вдома, після чого - другий круглий стіл, у якому також візьмуть участь доньки подружжя. |
| Завдяки тісній участі Майкла та його родини у постановці цілей, терапія набуває значно більшого значення для Майкла, і він знаходить енергію для більш активної участі. |

Додатки

**Додаток 1. Концептуальний опис Фізичної та Реабілітаційної Медицини, базований на МКФ**

|  |
| --- |
| Фізична та Реабілітаційна Медицина - це медична спеціальність, яка спирається на інтегративну модель **функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я** ВООЗ та реабілітацію, що є її основною стратегією охорони здоров'я,  діагностує стани здоров'я  оцінює **функціонування** відносно до **станів** **здоров'я**, **особистих факторів та факторів середовища**  виконує, застосовує та / або призначає біомедичні та технологічні втручання для лікування станів здоров'я для того, щоб:  стабілізувати, поліпшувати або відновлювати **порушені функції та структури організму**  запобігти **порушенням** та медичним ускладненням та керувати ризиками  компенсувати відсутність або втрату **функцій та структур організму**  очолює та координує програми втручання для оптимізації **активності та участі**  у пацієнт-центричному процесі вирішення проблем  у партнерстві між особою та надавачем та/або доглядачем та в розумінні сприйняття особою його або її місця в житті  виконуючи, застосовуючи та інтегруючи біомедичні та технологічні втручання, психологічні та поведінкові, навчальні та консультаційні, заняттєві та професійні, соціальні та підтримуючі втручання, а також втручання, спрямовані на фізичне середовище  надає поради пацієнтам та їх найближчому соціальному **середовищу**, постачальникам послуг та платникам  протягом перебігу **стану здоров'я**,  для всіх вікових груп  впродовж та через континуум допомоги,  включаючи лікарні, реабілітаційні заклади та громади,  і між секторами  включаючи охорону здоров'я, освіту, роботу та соціальні відносини;  забезпечує освіту пацієнтів, родичів та інших важливих осіб для промотування функціонування та здоров'я,  управляє реабілітацією та охороною здоров'я у всіх сферах послуг охорони здоров'я  інформує та консультує громадськість та осіб, що ухвалюють рішення, щодо відповідної політики та програм у секторі охорони здоров'я та інших секторах, які  забезпечують та збільшують **сприятливе** **фізичне та соціальне середовище**;  забезпечують доступність реабілітаційних послуг, як права людини;  та підсилюють фахівців ФРМ з надання своєчасної та ефективної допомоги  з ціллю  уможливлення особам зі станами здоров’я, що зазнають, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягнення та підтримки оптимального функціонування у взаємодії зі своїм середовищем. |
| Терміни МКФ позначені жирним шрифтом |

**Додаток 2. - Повний список станів, які лікують лікарі фізичної та реабілітаційної медицини або до яких можуть бути залучені**

Таблиця адаптована з Білої книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі1,2 і зі статті, яка описує сферу компетентностей лікарів ФРМ18, та розширена з використанням списку, створеного під час семінару з станів що підлягають до МКХ ХІ20,21. Публікації, що стосуються реабілітаційних потреб осіб з певними станами здоров’я та дослідницької діяльності лікарів ФРМ, можна знайти в посиланнях, що додаються.

|  |
| --- |
| Травматичні захворювання: черепно-мозкова травма, спинномозкова травма, сполучена травма, пошкодження периферичних нервів і сплетінь, спортивна травма / пошкодження, травма протягом тривалого захворювання, що обмежує життєдіяльність, виробнича травма, травматичні ампутації, що захоплюють декілька областей тіла, пологова травма, пошкодження декількох областей тіла (*напр.* перелом стегнової кістки та інші переломи нижніх кінцівок, переломи хребців, переломи верхніх кінцівок, травматичний розрив сухожилків або зв'язок, деформації та розтягнення із залученням зв’язок тощо), опікова травма |
| Нетравматичні захворювання нервової системи: інсульт – включно із субарахноїдальним крововиливом, екстрапірамідні і рухові розлади, включно із хворобою Паркінсона та паркінсонізмом, дистонії (*напр.* спастична кривошия та інші, синдром неспокійних ніг, синдром ригідної людини), множинний склероз, інфекції або абсцеси центральної нервової системи (ЦНС), включаючи наслідки туберкульозу центральної нервової системи, поліомієліту), пухлини ЦНС, параліч внаслідок ураження спинного мозку, незалежно від причини, складні наслідки нейрохірургічних втручань, м'язова дистрофія та нервово-м'язові розлади, системні атрофії, що уражують ЦНС (*напр.* атаксії, спінальні м'язові атрофії, хвороби мотонейрону, включаючи бічний аміотрофічний склероз, пост-поліомієлітний синдром), інші дегенеративні захворювання нервової системи (*напр.* хвороба Альцгеймера), інші паралітичні синдроми (*напр.* синдром «замкнутої людини»), периферичні нейропатії (включно із полірадікулопатією Гієна-Барре), стиснення/компресія нерву, вроджені захворювання (церебральний параліч, spina bifida тощо), епізодичні і пароксизмальні розлади, що мають відношення до реабілітації (*напр.* епілепсія, синдром вертебро-базилярної артерії, порушення сну), метаболічні або біохімічні генетичні захворювання. |
| Психічні та поведінкові розлади, що мають відношення до реабілітації (*напр.* деменція, біполярний афективний розлад, післятравматичний стресовий розлад, депресія, шизофренія) |
| Розлади психологічного розвитку, що мають відношення до реабілітації (*напр.* дитячий аутизм, синдром Ретта). |
| Поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитинстві, що мають відношення до реабілітації (*напр.* розлади гіперактивності з дефіцитом уваги) |
| Гострий або хронічний біль внаслідок різних причин, таких, як ампутація, стан після операції, полінейропатія критичних станів. |
| Деякі загальні симптоми і ознаки, які мають відношення до ФРМ (*напр.* хронічний некерований біль, інші хронічні болі, слабкість, локалізований гіпергідроз). |
| Комплексний стан внаслідок різних і множинних причин: синдром постільного режиму, детренування, мультисистемна недостатність |
| Нетравматичні захворювання м'язово- скелетної системи: хребта (хронічний та гострий поперековий біль, біль в шиї та грудному відділі), інфекційні, дегенеративні та запальні артропатії (моно- і поліартрити) (*напр.* остеоартрит, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт і інші спондилопатії, включаючи стеноз хребта або спондилопатії при таких захворюваннях, як хвороба Потта або бруцельозний спондиліт), ампутації внаслідок судинних захворювань, порушення м’яких тканин, в тому числі захворювання сухожилків і синовіальної оболонки (*напр.* кальцифікуючий тендиніт, тригерний палець, теносіновіт DeQurvain), порушення м’яких тканин, пов’язані з використанням, перевантаженням і тиском (*напр.* бурсит, хронічний крепітуючий синовіт кисті і зап’ястка), фібробластічні розлади (напр. хвороба Дюпуітрена, підошовний фасціїт), ураження плечового суглобу (*напр.* адгезивний капсуліт, синдром ротаторної манжети, тендиніт біцепсу, кальцифікуючий тендиніт), ентезопатії кінцівок (*напр.* епікондиліт, тендиніт, іліотібіальний синдром, п’яткова шпора, метатарзалгія), інші порушення м'яких тканин (*напр.* міалгія, фіброміалгія), розлади структури та щільності кісткової тканини (*напр.* остеопороз, остеомаляція), порушення цілісності кістки (*напр.* уповільнена консолідація уламків), інші розлади кісток (*напр.* симпатична рефлекторна дистрофія / комплексний регіональний больовий синдром), інші суглобові розлади, включаючи набуті деформації, що уражують кінцівки / області кінцівок, нерівномірна довжина кінцівок, пателлофеморальні розлади, хондромаляція надколінка, внутрішні розриви в колінному суглобі (*напр.* розриви меніска), хронічна нестабільність, порушення зв'язок, спонтанний розрив / надрив зв'язок або сухожилків, дислокація, підвивих, контрактура суглобів, гемартроз, випіт в суглоб), системні порушення сполучної тканини, включаючи інші ревматичні розлади і синдром гіпермобільності, доброякісний міалгічний енцефаломієліт (синдром хронічної втоми), професійний контакт з вібрацією (*напр.* синдром кисть-плече), деформуючі дорсопатії (*напр.* кіфоз і лордоз, сколіоз, спонділоліз, спондилолістез, кривошия). |
| Порушення вестибулярної функції, що мають відношення до реабілітації (*напр.* головокружіння). |
| Серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда, серцева недостатність, захворювання клапанів, атеросклероз нижніх кінцівок, міокардит, підвищений артеріальний тиск, фібриляція передсердь, трансплантація серця, хвороба Шагаса з ураженням серця, ревматична хвороба серця. |
| Захворювання лімфатичної системи, що мають відношення до реабілітації (*напр.* лімфедема внаслідок раку молочної залози та інша лімфедема). |
| Захворювання респіраторної системи: астма, хронічне обструктивне захворювання легень, легенева гіпертензія, фіброз легень, трансплантація легень, пневмоконіоз, азбестоз. |
| Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання: цукровий діабет, ускладнення метаболічного синдрому, ожиріння, білково-енергетична недостатність. |
| Захворювання сечостатевої системи і шлунково-кишкового тракту: *напр.* сфінктерні розлади сечового міхура, стресова дисфункція сечового міхура або кишківника, нейрогенна дисфункція сечового міхура і кишківника, синдром хронічного тазового болю статеві розлади, хронічна ниркова недостатність. |
| Хвороби шлунково-кишкового тракту, що мають відношення до реабілітації (*напр.* неінфекційні запальні захворювання кишківника). |
| Гематологічні захворювання: функціональні наслідки лейкемії, лімфоми, трансплантація кісткового мозку |
| Функціональні наслідки раку, включаючи рак голови / шиї, рак молочної залози, рак тіла матки, рак яєчників, рак підшлункової залози, рак передміхурової залози, рак стравоходу |
| Наслідки деяких інфекційних та паразитарних захворювань, що мають відношення до реабілітації (*напр.* наслідки прокази, наслідки поліомієліту, лімфатичний філяріоз, ВІЛ- інфекція, що призводять до множинних інших захворювань, бруцельоз). |
| Хвороби щелеп, що мають відношення до ФРМ (*напр.* порушення скронево-нижньощелепового суглобу) |
| Ускладнення медичної та хірургічної допомоги, що мають відношення до реабілітації (*напр.* променева терапія, яка веде до контрактур) |
| Порушення, пов'язані з віком (*напр.* втрата м'язів і атрофія - саркопенія, сенільна астенія і слабкість) |
| Інші хвороби у дітей: вроджений сколіоз, ювенільний остеохондроз хребта (*напр.* хвороба Шейермана), вроджені вади розвитку (*напр.* щілина губи, щілина піднебіння, вроджені аномалії серця), хромосомні аномалії (*напр.* синдром Дауна) |
| Розлади шкіри та підшкірної тканини, що мають відношення до ФРМ (*напр.* пролежні) |

***Додаток 3А*: Огляд оцінювань при остеоартриті**

З таксономії Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ) та якості життя (ЯЖ).

|  |  |
| --- | --- |
| Домен, що оцінюється | Метод / Інструмент оцінювання |
| *Функції організму* |  |
| Відчуття болю | Візуальна аналогова шкала, Numerical Rating Scale, Verbal Rating Scale, WOMAC-Pain, Multidimensional Pain Inventory, Опитувальник болю McGill, AIMS2-Pain, NHP-Pain, SF-36 Pain, AUSCAN-Pain |
| Функції рухливості суглобу | Вимірювання об’єму рухів в суглобах гоніометрією |
| Функції м'язової сили | Сила захвату, мануальний м’язовий тест, ізокінетичний тест |
| Відчуття скутості м’язів | Тривалість ранкової скутості, WOMAC-Stiffness, AUSCAN-Stiffness |
| Функції енергії та спонукання до дій | Multidimensional Assessment of Fatigue Scale, VAS |
| Функції патерну ходьби | Аналіз ходьби |
| Функція сну | Medical Outcomes Study (MOS) Sleep measure |
| Емоційні функції | Hospital Anxiety Depression Scale, Beck Depression Inventory |
| *Структури організму* |  |
| Структури, пов’язані з рухом | Деформація суглобів – шляхом фізикального обстеження або візуалізації |
|  | Пошкодження суглобів шляхом візуалізації (Kellgren-Lawrence grading scale) |
| *Функції /Структури організму / Активність/Участь* | |
| Важкість хвороби / стан | Загальне оцінювання пацієнта |
| Поєднання | WOMAC, Harris Hip Score, KOOS, Lequesne Index, AUSCAN, Oxford Knee Scale, Oxford Hip Scale, |
| *Активність та Участь* | |
| Активність | WOMAC-Function, Health Assessment Questionnaire, AIMS2-Mobility, AIMS2-walking&bending, AIMS2-hand&finger function, AIMS2-arm function, AIMS2-selfcare, AIMS2-household tasks, Cochin Hand Scale, AUSCAN-Physical, Functional Index for Hand Osteoarthritis |
| Участь | AIMS2-social activity, AIMS2-support, AIMS2-work, Work Limitations Questionnaire |
| Активність та Участь | London Handicap Scale, WHODAS II |
| *Фактори середовища* | |
| Найближчі родичі | Соціальний анамнез |
| Вироби та технології для особистого користування в повсякденному житті | Функціональний анамнез |
| Послуги, системи та політика охорони здоров’я | Соціальний анамнез |
| Проектування, будівництво та будівельні вироби та технології будівель загального користування | Соціальний анамнез |
| *ЯЖ/ ЯЖ, пов’язана зі здоров’ям* | |
| ЯЖ | SF-36, NHP, EuroQoL, WHOQOL-BREF, OAKHQOL, OAQoL |

WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (Індекс Артриту Університетів Західного Онтаріо та МакМастера); AIMS2: Arthritis Impact Measurement Scales 2 (Шкала вимірювання впливу артриту 2); NHP: Nottingham Health Profile (Ноттингемський профіль здоров’я); SF-36: Medical Outcomes Study Short Form 36 (Коротка форма дослідження медичних результатів 36); AUSCAN: Australian/Canadian Hand Osteoarthritis Index (Австралійсько-канадський індекс остеоартриту руки); KOOS: Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (Оцінка результату травм та остеоартриту колінного суглобу); WHODAS II: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Протокол оцінювання обмежень життєдіяльності ВООЗ ІІ); WHOOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BREF; OAKHQOL: The osteoarthritis knee and hip quality of life questionnaire (Опитувальник якості життя при остеоартриті колінного та стегнового суглобів); OAQoL: Osteoarthritis Quality of Life scale (Шкала якості життя при остеоартриті)

***Додаток 3Б. -* Огляд оцінювань при інсульті**

З таксономії Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ) та якості життя (ЯЖ)

|  |  |
| --- | --- |
| Домен, що оцінюється | Метод / Інструмент оцінювання |
| *Функції організму* | |
| Функції свідомості | Шкала ком Глазго |
| Глобальні когнітивні функції | Mini-mental State Examination, Neurobehavioral Cognitive Status Examination |
| Функції пам'яті | Rivermead Behavioural Memory Test |
| Функції уваги | Behavioural Inattention Test, Star Cancellation Test |
| Функції зорового сприйняття | Motor-free Visual Perception Test |
| Психічні функції мовлення | Boston Diagnostic Aphasia Examination |
| Емоційні функції | Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale |
| Функції м'язової сили | Мануальний м’язовий тест |
| Функції м'язового тонусу | Модифікована шкала Ashworth, Шкала Tardieu |
| Функції контролю довільних рухів | Fugl-Meyer Assessment, стадії моторного відновлення Brunnstrom’s |
| *Структури організму* | |
| Структури мозку | Візуалізація: МРТ, КТ |
| Структура верхньої кінцівки | Контрактури суглобів, що визначається при фізикальному обстеженні |
| Структура ділянок шкіри | Pressure ulcer grading |
| Структури м’язів | Атрофія м’язів, що визначається при фізикальному обстеженні |
| *Функції /Структури організму / Активність/Участь* | |
| Комбіновані неврологічні функції | National Institutes of Health Stroke Scale, Canadian Neurological Scale |
| *Активність та Участь* | |
| Активність повсякденного життя | Індекс Бартеля, FIM |
| Інструментальна активність повсякденного життя | Frenchay Activities Index, Rivermead ADL Scale |
| Мобільність | Berg Balance Scale, Rivermead Mobility Index, Timed Up and Go Test |
| Спритність | Nine Hole Peg Test |
| Функція верхньої кінцівки | Motor Activity Log, ABILHAND |
| Активність та участь | Modified Rankin Scale, London Handicap Scale, WHODAS II, Impact on Participation and Autonomy Questionnaire, Participation Profile, Participation Scale, Keele Assessment of Participation |
| *Фактори середовища* | |
| Найближчі родичі | Соціальний анамнез |
| Вироби та технології для особистого користування в повсякденному житті | Функціональний анамнез |
| Проектування, будівництво та будівельні вироби та технології будівель особистого користування | Соціальний анамнез |
| *ЯЖ/ ЯЖ, пов’язана зі здоров’ям* | |
| ЯЖ | SF-36, NHP, EuroQoL, Stroke Impact Scale, Stroke Specific Quality of Life Scale, Stroke Adapted Sickness Impact Profile |

МРТ: Магнітно-резонансна томографія, КТ: Комп’ютерна томографія, FIM: Functional Independence Measure; АПЖ: Активності повсякденного життя; WHODAS II: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Протокол оцінювання обмежень життєдіяльності ВООЗ ІІ); SF-36: Medical Outcomes Study Short Form 36 (Коротка форма дослідження медичних результатів 36); NHP: Nottingham Health Profile (Ноттингемський профіль здоров’я)

**Додаток 3В - Оцінювання активності та участі / інструменти вимірювання**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Інструменти | | Особливості | Посилання | |
| Activity & Participation Questionnaire (APQ-6) | | Інструмент з 11 пунктів з 6 основними питаннями, які оцінюють навчальну, професійну та соціальну участь. | Stewart *et al.*54 | |
| Activity Card Sort (ACS) | | Інструмент, що оцінює участь особи в побутовій, дозвільній та соціальній активності (*напр.* прибирання, здійснення покупок, керування транспортним засобом). | Baum *et al.*55 | |
| Assessment of Life Habits (LIFE-H) | | Інструмент з 77 пунктів з 12 доменами, 6 з яких охоплюють соціальні ролі (обов’язки, міжособистісні відносини, суспільне життя, навчання, робота і відпочинок) та інші, які охоплюють комунікацію, харчування, особисту гігієну, пересування, фізичну підготовку і житло, де 92,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Fougeyrollas *et al.*56 | |
| Australian Community Participation Questionnaire (ACPQ) | | Інструмент з 30 пунктів з 14 доменами (контакт з найближчими та далекими родичами, друзями, сусідами і співпрацівниками, навчання, релігія, організоване суспільство, волонтерська та благодійна активність, інтерес до поточних справ, публічне висловлення думок, активність у спільноті, і політичний протест, де 97,6% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Berry *et al.*57 | |
| Child and Adolescent Scale of Participation (CASP) | | Шкала з 20 пунктів, яка оцінює соціальну участь (найближче середовище, школа та громада) дітей віком більш 3 років та підлітків з черепно-мозковою травмою. | Bedell58 | |
| Community Integration Questionnaire (CIQ) | | Інструмент з 15 пунктів з 3 субшкалами, що включають інтеграцію вдома, соціальну інтеграцію та продуктивну активність (школа, робота або волонтерська активність) постраждалих від черепно-мозкової травми. | Willer *et al.*59 | |
| Community Living Skills Scale (CLSS) | | Шкала з 57 пунктів, що оцінює функціональні властивості людей з хронічними психічними захворюваннями у спільноті. | Smith *et al.*60 | |
| Community Reintegration of Service Members (CRIS) | | Інструмент з 28 пунктів, що оцінює ступінь, обмеження та задоволення від участі, де 83,1% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь», а також є деякі пункти, що стосуються факторів середовища. | Resnik *et al.*61 | |
| Frenchay Activities Index (FAI) | | Інструмент з 15 пунктів з 3 субшкалами (робота/дозвілля, активності вдома та на відкритому повітрі), що охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь». | Holbrook *et al.*62 | |
| ICF Measure of Participation & ACTivities Screener (IMPACT-S) | | Інструмент з 33 пунктів на базі МКФ, який охоплює всі 9 розділів компоненту МКФ «активність та участь». | Post *et al.*63 | |
| Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ) | | Інструмент з 41 пунктів з 5 субшкалами (Автономність в приміщенні, Автономність на відкритому повітрі, Роль в сім'ї, Взаємини і соціальне життя та Освіта і робота), що оцінює сприйняття обмежень життєдіяльності і автономії, де 94,3% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь» поряд з деякими пунктами, що відносяться до факторів середовища. | Cardol *et al.*64 | |
| Keele Assessment of Participation (KAP) | | Інструмент з 11 пунктів, що оцінює здатність переміщення, самообслуговування, активності повсякденного життя, освіту і соціальну активність, де 92% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Wilkie *et al.*65 | |
| Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) | | Інструмент з 48 пунктів, що покриває домени функцій та обмежень життєдіяльності, де 81,9% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Haley *et al.*66 | |
| Maastricht Social Participation Profile (MSPP) | | Інструмент з 26 пунктів, що включає 4 субшкали (участь у споживанні, формальна, неформальна соціальна участь, що відноситься до родини та знайомих), де 88,6% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Mars *et al.*67 | |
| Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 (MPAI-4) | | Інструмент з 37 пунктів, що оцінює здатність, пристосування і участь, де тільки 46,9% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь»; однак, з деякими пунктами, що відносяться до факторів середовища та особистих факторів. | Malec *et al.*68 | |
| Measurement of a Person’s Habitual Physical Activity (MPHPA) | | Інструмент з 22 пунктів з 3 субшкалами (активності роботи, спорту та дозвілля), де 90,9% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Baecke *et al.*69 | |
| Nordic Mobility-related Participation Outcome Evaluation of Assistive Device Intervention (NOMO) | | Інструмент з 28 пунктів, який оцінює мобільність у зв'язку із залежністю, допомогою, частотою, складністю і участю, де 84,4% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Brandt *et al.*70 | |
| Norwegian Function Assessment Scale (NFAS) | | Інструмент з 39 пунктів, що охоплює 7 доменів (стояння/ходьба, збирання/утримання, підйом/перенесення, сидіння, управління, комунікація/співробітництво і почуття, де 97,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Bushnik71 | |
| Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY) | | Інструмент, що оцінює участь та фактори середовища у дітей та підлітків у віці від 5 до 17 років з обмеженням життєдіяльності або без неї. | Coster *et al.*72 | |
| Participation Assessment With Recombined Tools-Objective (PART-O) | | Інструмент з 17 пунктів, що включає в себе 3 субшкали, що відносяться до продуктивності, соціальних відносин і заходам на відкритому повітрі, первинно розроблений для осіб з черепно-мозковою травмою, де 89,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Whiteneck *et al.*73 | |
| Participation Enfranchisement (PE) | | Опитувальник, що складається з 19 пунктів, який оцінює пересування, суспільну активність, враховуючи здатність робити вибір, очікування, обов’язки і цінності, де 85,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Heinemann *et al.*74 | |
| Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC) | | Інструмент з 51 пунктів із 9 доменами (Мобільність, Рольові функції, Домашнє життя/самообслуговування, Міжособистісні відносини, Громада, Соціальне та цивільне життя, Основні сфери життя, Комунікація, Освіта та робота), де 91,5% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Gandek *et al.*75 | |
| Participation Objective, Participation Subjective (POPS) | | Інструмент з 26 пунктами на основі МКФ, що складається з 5 субшкал (домашнє життя, міжособистісні взаємодії та відносини, основні сфери життя, транспорт, громада, відпочинкове та цивільне життя), що покриває 100% компоненту МКФ «активність та участь». | Brown *et al.*76 | |
| Participation Scale/P-scale | | Інструмент з 18 пунктами, що оцінює соціальну участі, де 88,9% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Van Brakel *et al.*77 | |
| Participation Survey/Mobility (PARTS/M) | | Інструмент з 161 пунктами, що включає 6 доменів (Самообслуговування, Мобільність, Домашнє життя, Міжособистісні взаємодії та відносини, Основні сфери життя та Громадське, соціальне та цивільне життя), де 82,7% елементів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Gray *et al.*78 | |
| Pepper Assessment Tool for Disability (PAT-D) | | Інструмент з 19 пунктами з 3 субшкалами (основні та інструментальні активності повсякденного життя та мобільність), який охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь». | Rejeski *et al.*79 | |
| Perceived Impact of Problem Profile (PIP) | | Інструмент з 23 пунктами, який включає 5 доменів (самообслуговування, мобільність, взаємозв'язок, участь та психологічне благополуччя), що становить 80,6% позицій, пов’язаних з компонентом МКФ «активність та участь». | Pallant *et al.*80 | |
| Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) | | Інструмент з 46 пунктами та 7 доменами (охорона здоров'я, професійна активність, домашнє життя, стосунки - найближчі та дальні родичи, соціальне середовище і психологічний дискомфорт), розроблений для осіб з хронічними станами здоров'я | Derogatis81 | |
| Rating of Perceived Participation (ROPP) | | Інструмент з 16 пунктами, який охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь». | Sandström *et al.*82 | |
| Rehabilitation Activities Profile (RAP) | | Інструмент з 71 пунктами, що включає 5 доменів (комунікація, мобільність, самообслуговування, заняття та відносини), де 93,8% елементів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Jelles *et al.*83 | |
| Social-Functional Autonomy Measurement System (Social SMAF) | | Інструмент з 35 пунктами, що оцінює психічні функції, комунікацію, мобільність, основні та інструментальні активності повсякденного життя та соціальне функціонування, де 80,5% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Pinsonnault *et al.*84 | |
| Social Participation Questionnaire (SPQ) | | Опитувальник з 22 пунктів, що оцінює соціальні відносини та залучення до соціальної активності, де 90,3% пунктів по’вязані із компонентом МКФ «активність та участь» | Densley *et al.*85 | |
| Socially Valued Role Classification Scale (SRCS) | | Інструмент з 25 пунктів, що складається з 5 доменів (домашні завдання і самообслуговування, особистий розвиток і реабілітація, догляд за іншими, формальна освіта і навчання, а також робота), де 85,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь» | Harris *at al.*86 | |
| Stroke Impact Scale (SIS) | | Інструмент з 64 пунктів, розроблений для пацієнтів з інсультом, який охоплює 8 доменів (сила, функція кісті, комунікація, пам’ять, емоції, міркування, активності повсякденного життя та участь). | Duncan *et al.*87 | |
| Sydney Psychosocial Reintegration Scale Version 2 (SPRS-2) | | Інструмент з 12 пунктів, що складається з 3 доменів (робота/дозвілля, міжособистісні відносини та навички незалежного життя), спочатку розроблений для черепно-мозкової травми, де 96,2% елементів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Tate *et al.*88 | |
| Time Organisation and Participation Scale (TOPS) | | Інструмент з 32 пунктів з 3 субшкалами (виконання щоденних завдань, організація активності та емоційні відповіді), де 86,7% пунктів по’вязані з компонентом МКФ «активність та участь». | Rosenblum89 | |
| Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation (USER-Participation) | | Інструмент з 32 пунктів, який охоплює 100% компоненту «активність та участь» МКФ і оцінює за допомогою рейтингових шкал частоту, обмеження і задоволення. | Post *et al.*90 | |
| WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) | | Інструмент цілком на основі МКФ з 36 пунктами у 6 доменах (розуміння та спілкування, пересування, самообслуговування, взаємодія з іншими, активності життя та участь у суспільстві. | Üstün *et al.*91 | |
| Нещодавно розроблені інструменти | | | | |
| Oxford Participation and Activities Questionnaire (Ox-PAQ) | | Інструмент з 23 пунктів на базі МКФ з 3 доменами, що оцінюють рутинну активність, емоційне благополуччя та соціальне залучення. | Kelly *et al.*92  Morley *et al.*93 | |
| Ghent Participation Scale (GPS). | | Інструмент на базі МКФ, що включає 15 суб’єктивних компонентів, що мають відношення до активності, яка є важливою для особи та 2 об’єктивних компоненти, що стосуються обмежень активності. | Van de Velde *et al.*94 | |
| Джерело для відсоткових значень охоплення вмісту стосовно МКФ: Ballert *et al.*95. | | |

**Додаток 4А - Втручання в ФРМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Медичні втручання | Медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення або поліпшення структур та/або функцій організму, *напр.* знеболювальна терапія, протизапальна терапія, регуляція м’язового тонусу, поліпшення пізнавальних функцій, поліпшення фізичного функціонування, поліпшення здоров'я кісток, лікування депресії або розладів настрою, лікування розладів сечового міхура, кишківника, або сексуальної дисфункції, або інших наслідків або ускладнень неврологічних станів, що призводять до обмежень життєдіяльності (*напр.* гетеротопна осіфікація, вегетативна дизрефлексія, ортостатична гіпотензія) |
| Практичні процедури, включаючи ін'єкції (*напр.* анестетиків, кортикостероїдів, внутрішньосуглобові ін’єкції гіалуронової кислоти, або епідуральні, або ін’єкції у тригерні точки), нейротерапія, регенеративна ін'єкційна терапія/ підходи тканинної інженерії / біологічна терапія (*напр.* пролотерапія з декстрозою, плазма, збагачена тромбоцитами, аутологічна кондиційована сироватка, аутологічний білковий розчин, аутологічні мезенхімальні або інші стовбурові клітини), введення ботулотоксину, озоно-киснева терапія / ін’єкції, блокади нервів та інші методи введення лікарських засобів (*напр.* іонофорез, фонофорез, використання інтратекальних помп для введення баклофену тощо). |
| Оцінювання та аналіз результатів втручань, включаючи електроміографію та діагностичне ультразвукове дослідження |
| Прогнозування |
| Втручання ФРМ з фізичними агентами та терапевтичними вправами | Кінезіотерапія та терапевтичні вправи |
| Техніки нейрофасілітації (*напр.* нейророзвиткові втручання / підходи Bobath, Brunnstrom, техніка Rood, пропріоцептивна нейром’язова фасілітація, терапія з сенсорної інтеграції, Vojta-терапія), а також практика повторюваних завдань (*напр.* терапія примусовими рухами) |
| Вібраційна терапія, як втручання за допомогою вправ (*напр*., вібрація всього тіла) |
| Комп’ютерні ігри з використанням систем віртуальної реальності / ігрових консолей / відеоігор |
| Медитативні рухові терапії (*напр*. цигун, йога та тай-чи) |
| Техніки мануальної терапії для зворотно скутих суглобів і пов'язаних дисфункцій м’яких тканин, а також мануальні тракції (можливі також тракції з використанням пристроїв) |
| Маневри (*напр.* специфічні репозиційні маневри - Epley, Liberatory, Semont в контексті реабілітації вестибулярних розладів / головокружіння; фізичні контр-маневри для лікування ортостатичної гіпотензії) |
| Дихальна фізична терапія - методи та техніки гігієни дихальних шляхів, інгаляційна терапія, дихальні вправи |
| Втручання з використанням масажу |
| Електротерапія (*напр.* методи електростимуляції - TENS, FES, NMES, стимуляція спинного мозку). |
| Нейромодуляція / неінвазивні методи стимуляції мозку (*напр.* tDCS, rTMS, CES, RINCE) |
| Магнітотерапія (*напр*. PEMF для полегшення болю, репарації кісток та хрящів, загоювання ран, використання магнітних стільців у контексті урогінекологічної реабілітації) |
| Інші методи фізичної терапії, у тому числі ультразвукова, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія, застосування тепла та холоду, короткохвильова діатермія, текартерапія, озонотерапія тощо. |
| Фототерапія (*напр*. терапія з використанням УФ випромінювання, лазерна терапія, включаючи лазеротерапію низької та високої інтенсивності) |
| Гідротерапія та бальнеотерапія |
| Кліматотерапія |
| Активності, пов'язані з допомогою тварин та терапія з допомогою тварин (*напр.,* іпотерапія, використання службових тварин) |
| Лімфотерапія (ручний лімфатичний дренаж, переміжна пневматична компресія, перев’язування, кінезіотейпування) |
| Гіпербарична оксигенотерапія при пролежнях, виразках пальців, загоєнні переломів та при неврологічних станах, пов’язаних з ішемією (інсульт, ЧМТ, параліч лицьового нерву) |
| Акупунктура та інші підходи комплементарної та альтернативної медицини (*напр.* використання банок) |
| Ерготерапія | Аналіз і навчання активностям повсякденного життя і заняттям |
| Навчання пацієнта навичкам подолання бар'єрів у виконанні активностей повсякденного життя |
| Навчання при наявності порушених функцій та пізнання |
| Навчання стратегіям для обминання когнітивних порушень |
| Реабілітаційні втручання для керування транспортним засобом (*напр.* оцінка за допомогою симулятора керування, оцінка всередині транспортного засобу, тестування за кермом, перенавчання) |
| Підтримка порушених структур тіла (*напр.* ортезування) |
| Ергономічні втручання для сприяння функціонуванню |
| Налаштування середовища на роботі та вдома |
| Втручання з метою повернення до роботи / втручання з управління обмеженням життєдіяльності з питань роботи (спрямовані на особу та роботу) в контексті професійної або заняттєвої реабілітації (*напр.* консультування, заохочення, навчання, професійній коучинг, підтримка в рамках професії, психосоціальне консультування, тренування навичок з подолання, терапія вирішення проблем та професійні/заняттєві навчальні втручання, а також спілкування з або між роботодавцями / менеджерами, рівними консультантами і фахівцями охорони здоров'я додатково до інших втручань, спрямованих на зниження обмежень активності і обмежень можливості участі, застосування допоміжних технологій та налаштування робочого місця |
| Терапія з допомогою природи / садівнича терапія |
| Арт- / музико- / танцювальна терапія |
| Сприяння доступу до інформаційних технологій та їх використання, включаючи телемоніторинг та телереабілітаційні втручання |
| Технології «розумного будинку» |
| Підвищення мотивації |
| Терапія мови та мовлення в рамках комплексних спеціалізованих програм ФРМ | На додаток до традиційних методів терапії мови та мовлення, застосування інноваційних підходів до розладів мови та мовлення (*напр.* застосування технологій телемедицини) |
| Менеджмент дисфагії | Покращення порушених функцій, використання компенсаційних втручань для сприяння ковтанню та адаптаційних засобів (*напр.* використання специфічних поз, маневрів при ковтанні, модифікація консистенції і розміру болюсу, вправи для задіяних структур, теплова / тактильна стимуляція, NMES, поживні зонди, внутрішньоротові протези) |
| Нейропсихологічні втручання | Когнітивне ретренування, когнітивна стимуляція та комп'ютерні інтервенції в контексті когнітивної реабілітації |
| Психологічні втручання, включно з консультуванням пацієнтів та їх родин / доглядачів | Когнітивні або поведінкові техніки**,** включаючидодаткові та альтернативні методи втручання(*напр.*когнітивно-поведінкова терапія, Acceptance and commitment therapy, стратегії релаксації, майндфулнес терапія, медитація, гіпноз, біологічний зворотній зв'язок, дзеркальна терапія, керовані образи) |
| Нутрітивна терапія | Дієтичні втручання |
| Поради та консультування з питань харчування |
| Обладнання при обмеженнях життєдіяльності, допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби | Допоміжні технології\*, починаючи від низькотехнологічних засобів, таких як тростини до високотехнологічного обладнання або систем, таких як моторизовані візки або комп'ютеризовані системи (системи комунікації, *напр.* телемоніторинг чи телереабілітація - згадані вище) та інші в практиці реабілітації, включаючи роботизовані втручання (роботизована реабілітація) |
| Пацієнти, родини / доглядачі, навчання професіоналів, включаючи навчання самоорганізації | Навчальні втручання для пацієнтів, включаючи навчання самоорганізації (*напр.* школа спини) |
| Навчальні втручання для родин / доглядачів (*напр.* втручання, орієнтовані на родину) |
| Навчальні втручання для професіоналів (*напр.* тренінги з доказової медицини, тренінги з досліджень, БМО / БПР) |
| ФРМ / реабілітаційне медсестринство | Догляд, навчання та допомога з питань безпеки (*напр.* запобігання падінню в лікарнях), догляд за шкірою, сечовим міхуром та кишківником, харчування, сон і адаптація до зміненого способу життя |
| Кейс-менеджмент шляхом комунікації між реабілітаційною командою, пацієнтом та родиною |
| Сприяння виписці / пересуванню між закладами |
| \* Визначення допоміжної технології: «*Будь-який предмет, частина обладнання або виріб, незалежно від того, придбаний він комерційно, модифікований або налаштований, і який використовується для збільшення, підтримки або поліпшення функціональних можливостей людей з обмеженням життєдіяльності*». (Assistive Technology Act. United States Congress 2004. Public Law 108-364.Available from: [www.ataporg.org/atap/atact\_law.pdf](http://www.ataporg.org/atap/atact_law.pdf)) | |
| CES: краніальна електротерапевтична стимуляція; БМО: безперервна медична освіта; БПР: безперервний професійний розвиток; FES: функціональна електростимуляція; NMES: нервово-м’язова електростимуляція; RINCE: неінвазійна кортикальна електростимуляція зі зниженим імпедансом; TENS: крізьшкірна електронейростимуляція; PEMF: імпульсне електромагнітне поле; tDCS: транскраніальна стимуляція постійним струмом; ЧМТ: черепно-мозкова травма; rTMS: повторювальна транскраніальна магнітна стимуляція; УФ: ультрафіолетовий | |
| Можливо перекриття перерахованих втручань щодо підзаголовків в лівому стовпцю (*напр.* деякі фізичні втручання можуть відноситись до ерготерапії або навпаки, психологічні втручання можуть також ставитися до різних областей практики). | |
| Адаптовано / переглянуто /розширено / доповнено з Білої книги з ФРМ в Європі1,2, а також з пізніших публікацій щодо сфери компетентностей лікарів ФРМ18. Література, яка є доказом концепції використання ФРМ-втручань, доданих до попереднього списку втручань з Білої книги1,2, може бути знайденою в додаткових посиланнях, включаючи вибрані огляди / систематичні огляди (і кілька інших видів досліджень, які служать хорошими прикладами по конкретному втручанню у разі відсутності оглядів). | |

**Додаток 4Б - Нейромодуляція**

Нейромодуляція, як важливе втручання ФРМ, що спрямоване на властивості функціонування на різних рівнях, включаючи порушення, обмеження діяльності та обмеження участі (з Grabljevec).98

|  |
| --- |
| Нейромодуляція представляє будь-який метод, що використовує неінвазивний або інвазивний підхід, з метою впливу на адаптацію, пластичність, структурні зміни центральної або периферичної нервової системи. Різноманітні методи застосовуються на різних стадіях після нейронального пошкодження з різними терапевтичними цілями, які працюють на рівні структур і функцій організму, а також активності та участі. |
| Орієнтовані на специфічний / окрему частину / центр в мозку для лікування рухових порушень   * Глибока стимуляція мозку (DBS) |
| Орієнтовані на більшу площу кіркової та підкіркової тканини мозку з метою індукції «модуляції» через кірково-підкіркові та кірково-кіркові мережі за допомогою транссинаптичного поширення, що призводить до віддалених, але специфічних змін активності мозку у функціональних мережах   * Транскраніальна магнітна стимуляція (TMS) * Транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS) * Лазеротерапія низької інтенсивності (LLLT) |
| Доставка лікарського засобу інтратекально, щоб викликати зміни на синаптичному рівні (лікування нестримної спастичності та болю)   * Інтратекальне введення лікарського засобу (IDD) |
| Орієнтовані на спинний мозок, щоб полегшити хронічний, нестримний біль тулубу та / або кінцівок   * Стимуляція спинного мозку (SCS) |
| Стимуляція сакральних нервів або аферентних волокон гомілкового нерву для модуляції нейрональної активності, що впливає на поведінку тазового дна, нижніх сечовивідних шляхів, сечових та анальних сфінктерів та товстої кишки.   * Сакральна нейростимуляція * Тібіальна черезшкірна нейростимуляція, внутришньопузирна нейростимуляція |

|  |
| --- |
| **Додаток 5. - Критерії для акредитації програм фізичної та реабілітаційної медицини** |

Критерії для акредитації програм ФРМ (Комітет клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС (з: www.euro-prm.org/index.php?option=com\_content&view=article&id=33&Itemid=187&lang=en)

|  |
| --- |
| На веб-сайті буде показано наступний набір критеріїв та додано до шаблону для повідомлення заявника та рецензентів. Рецензенти повинні будуть перевірити, чи ці пункти були виконані. |
| * Надання відповідної інформації щодо кожного пункту шаблону |
| * Відповідальним за програму має бути лікар фізичної та реабілітаційної медицини |
| * Основи програми повинні бути пов’язані з доказовою медициною та/або офіційними даними та/або офіційними документами |
| * Не слід плутати принципи надання допомоги з ФРМ з описом вмісту програми |
| * Опис середовища має бути коротким і не надмірним відносно до інших розділів |
| * Для вираження цілей повинні використовуватися терміни МКФ; цілі також повинні бути підсумовані у короткому тексті |
| * У розділі з питань організації фізичної та реабілітаційної медицини слід відрізняти персонал закладу та тих, хто безпосередньо задіяний у програмі |
| * Слід зазначити кількість лікарів ФРМ, які беруть участь у програмі ФРМ |
| * Для персоналу, який безпосередньо залучений до програми та керування командою, має бути порівняння з офіційними національними стандартами або іншими наявними стандартами |
| * Обов’язковою є документація пацієнтів |
| * Необхідна статистична інформація про загальну організацію |
| * Посилання мають бути наведені в описі програми; вони повинні бути вільно доступними в Інтернеті або надаватися рецензентам у файлі \*.pdf |
| * Для документів на інших мовах необхідно надати коротке резюме англійською мовою. |
| * Додаткова вимога: перед остаточною акредитацією Секцією ФРМ ЕСМС, програма допомоги повинна бути представлена на національному рівні, як найменш у вигляді усної доповіді на Конгресі ФРМ. (Ця вимога не застосовується до попереднього усного виступу в засіданні ККС, де автор може скористатися питаннями та зауваженнями своїх європейських колег) |
| * Затверджені посилання |