

<https://doi.org/10.15407/socium2024.01-02.103>
УДК 304, 616-036.649



Creative Commons Attribution 4.0 International

Близнюк В.В., д-р екон. наук, завідувач відділу соціоекономіки праці, ДУ “Інститут економіки та прогнозування НАН України”, вул. Панаса Мирного, 26, Київ, 01011, Україна, email: vikosa72@gmail.com, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2265-4614>, Web of Science Researcher ID: JVP-1972-2024,

Терюханова І.М., канд. екон. наук, старший науковий співробітник відділу соціоекономіки праці, ДУ “Інститут економіки та прогнозування НАН України”, вул. Панаса Мирного, 26, Київ, 01011, Україна, email: terukhanova@meta.ua, ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0000-5129-1088>

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК ВПРОВАДЖЕННЯ МКФ В УКРАЇНІ

У статті розглянуто новітні підходи до ролі та місця соціального працівника у сфері охорони здоров'я, пов'язані з переходом багатьох країн, зокрема України, на нову модель встановлення інвалідності – біопсихосоціальної. Метою дослідження є визначення ролі соціального працівника у складі мультидисциплінарних команд, які надають реабілітаційну допомогу у реабілітаційному закладі, та обґрунтування оптимального інструменту для оцінки ступеня обмеження життєдіяльності особи з обмеженнями повсякденного функціонування. Розглянуті методи оцінки інвалідності в різних країнах дозволили виявити застосування різних підходів і можливості залучення соціальних працівників до цього процесу. Стверджується, що впровадження принципів МКФ у систему охорони здоров'я суттєво підвищує роль соціальних працівників, які оцінюють стан рівня обмеженості життєдіяльності особи за окремими доменами. Показано, що сьогодні відсутній універсальний інструмент оцінювання доменів МКФ. Більшість країн розробляє власні інструменти оцінки для застосування в контексті соціальної політики, але за основу взятий універсальний інструмент оцінки стану здоров'я та інвалідності, розроблений експертами ВООЗ (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS). У статті проаналізовано досвід Південної Кореї, Тайваню, Нідерландів і Швеції щодо оцінки порушень, яка здійснюється медичним соціальним працівником. Доведено необхідність і доцільність участі соціальних працівників у складі міждисциплінарної команди. Обґрунтовано, що нова роль соціального працівника у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що він як член мультидисциплінарної команди реабілітаційного закладу, крім оцінки соціальних потреб, повинен брати участь у процесі визначення інвалідності. Запропоновано інструмент оцінювання ступеня обмеження життєдіяльності особи відповідно до WHODAS 2.0, що сприятиме ефективному впровадженню МКФ в Україні.

Ключові слова: інвалідність, МКФ, особа з інвалідністю, соціальна сфера, сфера охорони здоров'я, соціальний працівник.

Vlyzniuk V.V., Doctor of Economics, head of the department of Socioeconomics of Labor, SO "Institute for Economics and Forecasting of the National Academy of Sciences of Ukraine", 26, Panasa Myrnogo Str., Kyiv, 01011, Ukraine, email: vikosa72@gmail.com, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2265-4614>,

Teriukhanova I.M., PhD in Economics, senior researcher, department of Socioeconomics of Labor, SO "Institute for Economics and Forecasting of the National Academy of Sciences of Ukraine", 26,

Panasa Myrnogo Str., Kyiv, 01011, Ukraine, email: terukhanova@meta.ua. ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0000-5129-1088>

THE ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN HEALTHCARE IN THE CONTEXT OF THE IMPLEMENTATION OF THE ICF IN UKRAINE

The article discusses the latest approaches to the role and place of social workers in healthcare, related to the transition of many countries, including Ukraine, to a new disability assessment model – bio-psycho-social. The aim of the research is to determine the role of a social worker in multidisciplinary teams providing rehabilitation assistance in a rehabilitation facility, and to substantiate the optimal tool for assessing the degree of disability of individuals with limitations in daily functioning. The considered methods of disability assessment in different countries made it possible to state the application of different approaches and the possibility of involving social workers in this process. It is stated, that the implementation of ICF principles in the health care system significantly increases the role of social workers, who assess the level of limitation of a person's vital activities in separate domains. The authors show that there is currently no universal tool for assessing ICF domains. Most countries develop their own assessment tools for use in the context of social policy, but the basis is the universal health and disability assessment tool developed by WHO experts (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS). The article analyzes the experience of Korea, Taiwan, the Netherlands, and Sweden regarding the assessment of violations carried out by a medical social worker. The necessity and expediency of the participation of social workers as part of an inter disciplinary team is proved. It is substantiated that the new role of the social worker in the field of health care is that he/she, as a member of the multidisciplinary team of the rehabilitation institution, should participate in the process of determining disability in addition to assessing social needs. The authors proposed a tool for assessing the degree of limitation of a person's vital activities in accordance with WHODAS 2.0, which will contribute to the effective implementation of the ICF in Ukraine.

Keywords: disability, ICF, person with disabilities, social sphere, healthcare sector, social worker.

Розвиток сучасного суспільства на інклюзивних засадах передбачає впровадження нових підходів до визначення та встановлення інвалідності у багатьох країнах, зокрема в Україні. Україна переходить на нову біопсихосоціальну модель обмеження повсякденного функціонування / життєдіяльності осіб і Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що закріплено п. 2 ст. 8 Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я”¹ та передбачено реалізацією низки управлінських заходів, затверджених розпорядженням Кабінету Міністрів України². Одним з дієвих кроків було затвердження Національного класифікатора³, де відповідно до моделі МКФ класифікуються “компоненти здоров'я”, які

¹ Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>

² Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків” від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>

³ Національний класифікатор України. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності

дозволяють описати складові здоров'я людини, зрозуміти взаємодію між проблемами здоров'я, функціонуванням та інвалідністю і контекстуальними факторами. Саме через те, що обмеження життєдіяльності людини визначаються складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, нова модель встановлення інвалідності на основі МКФ перетворюється із суто медичної на медико-соціальну.

Запровадження національної моделі оцінки інвалідності на засадах МКФ потребує обґрунтування нових підходів до визначення соціальної складової, ролі та повноважень соціального працівника у складі реабілітаційної команди, інструменту визначення ступеня порушень функціонування / життєдіяльності осіб та оптимізації комунікаційного процесу особи з порушеннями із суб'єктами надання соціальних послуг. Саме це актуалізує напрям нашого дослідження.

Насамперед, впровадження МКФ пов'язане з реформуванням процесів медичної реабілітації. Проте з огляду на світовий досвід, це питання також є значущим у таких сферах, як страхування, соціальний захист, праця, освіта, економіка, розробка стратегії соціального та загального законодавства, екологічні зміни [1, с. 7]. Саме тому перші дослідження, спрямовані на визначення методологічних підходів впровадження біопсихосоціальної моделі інвалідності, були зосереджені в царині медичної економіки й адміністрування системи охорони здоров'я. Так, В.М. Савченко, Г.Д. Харченко, В.В. Керестей, О.Ю. Буряк, Ю.М. Погребняк [2] визначили та описали методологічні підходи до оцінювання доменів / категорій МКФ для використання у фізичній терапії, ерготерапії, запропонували методологічні підходи створення єдиного інструментарію оцінювання доменів / категорій МКФ, запропонували єдину систему оцінювання доменів / категорій МКФ для фізичних терапевтів і ерготерапевтів. Українськими дослідниками А.В. Іпатовим, Н.А. Саніною, І.Я. Ханюковою, Н.О. Гондуленко [3] для оцінки інвалідності обґрунтована доцільність використання шкали ВООЗ WHODAS 2.0 із подальшою її валідацією та апробацією. Крім медичної сфери, можна знайти дослідження в українських наукових колах [4], присвячені оцінці можливостей впровадження МКФ-ДП в інклюзивній системі освіти.

Проте сьогодні в Україні відсутні системні дослідження, які надавали б методологічного роз'яснення, обґрунтовували б методичні підходи впровадження МКФ у соціальну сферу та визначали б роль соціального працівника у встановленні ступеня рівня функціонування / життєдіяльності особи. Саме необхідність заповнення цієї прогалини зумовила оприлюднення результатів нашого дослідження та визначила науково-практичний характер цієї публікації.

Мета статті – визначити роль соціального працівника у складі мультидисциплінарних команд спеціалізованих закладів охорони здоров'я та обґрунтувати прийнятний інструмент для оцінки інвалідності. Така постановка проблеми передбачає здійснення компаративного аналізу як наявного досвіду країн, які вже застосовують

та здоров'я. НК 030:2022. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedialnosti.pdf

МКФ для оцінки інвалідності, так і інструментів оцінки інвалідності, які вже використовуються в Україні.

У країнах з розвинутою системою соціального забезпечення оцінка інвалідності наявна головним чином з метою гарантування права на отримання різних форм допомоги та підтримки (від держави та інших постачальників товарів і послуг). Оцінка інвалідності використовується для визначення того, чи мають особи право на фінансову підтримку, чи повинні вони шукати роботу на відкритому ринку праці тощо [5]. Підхід до оцінки інвалідності розглядається в Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, а саме в статті 26 про абілітацію та реабілітацію, і вона серед іншого передбачає індивідуальний підхід та мультидисциплінарність процесу.

У європейських країнах використовуються такі методи оцінки інвалідності⁴:

– *медичний*, що орієнтується безпосередньо на медичні оцінки і не враховує індивідуальні особливості та потреби особи, яку оцінюють, і перешкоди, з якими вона стикається у своєму житті;

– *метод Барема* [6], що базується на оцінюванні фізичних або психічних компонентів індивідуума, а вже за їхніми результатами визначається “відсоток непрацездатності”;

– *оцінка функціональних можливостей*, згідно з якою функціональні обмеження оцінюються у двох площинах: здатності до праці та самообслуговування;

– *комплексний підхід* поєднує оцінки, пов’язані з порушеннями, функціональними можливостями та факторами навколишнього середовища.

Лише в кількох країнах оцінка інвалідності продовжує проводитись виключно медичними працівниками або посадовими особами муніципалітету (штату), які часто не мають чіткого розуміння про те, що передбачає модель інвалідності, заснована на правах людини. Оцінки, які враховують лише медичний стан або відсоток “недієздатності”, не враховують життєвий досвід людей з обмеженими можливостями або бар’єри, з якими вони стикаються щодня.

Медична модель використовується в Ірландії, Німеччині, Латвії, Литві, Словенії та Мальті. *Модель Барема* використовується у Великій Британії, Франції, Іспанії, Португалії, Люксембурзі, Угорщині, Болгарії та Греції. *Функціональна модель* використовується в Бельгії, Швеції, Польщі, Чехії, Австрії та Румунії. *Комплексний підхід* використовується на Кіпрі, в Естонії та Словаччині. Італія використовує поєднання методу Барема та комплексного підходу, Данія та Хорватія використовують поєднання методів Барема та функціональної моделі. До країн, де оцінка інвалідності містить самооцінку та/або особисту оцінку, належать: Австрія, Бельгія, Болгарія, Велика Британія, Греція, Іспанія, Італія, Кіпр, Латвія, Литва, Польща, Португалія, Румунія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чехія, Швеція. На практиці багато оцінок поєднують елементи двох або більше різних методів оцінки, проте медичний компонент присутній у всіх моделях.

⁴ Haydn Hammersley. Improving Disability Assessment Procedures in the EU – Assisted / Supervised by the EDF Social Policy and Inclusion Committee and the EDF Youth Committee. 2023. URL: www.edf-feph.org

Незважаючи на таку різноманітність підходів до оцінки інвалідності, загальноприйнятним медичним інструментом реабілітаційної медицини та визначення права особи на медичні, соціальні або освітні послуги останніми роками став МКФ [7]. За кордоном застосовується поняття “медична соціальна робота”, яка представляє собою високоефективну галузь, зосереджену на вирішенні соціальних проблем пацієнтів безпосередньо в закладах охорони здоров'я [8]. Медичні соціальні працівники відіграють ключову роль у навігації ресурсами та допомагають клієнту отримати доступ до благ громади, програм фінансової допомоги, груп підтримки та інших послуг, які можуть сприяти його одужанню або добробуту [9].

Соціальні працівники входять до складу команди разом з вузькопрофільними фахівцями, які визначають ступінь обмеженості функціонування індивідуума [10]. Працюючи з лікарями, медсестрами та іншими медичними працівниками, медичні соціальні працівники суттєво впливають на план догляду за пацієнтом з урахуванням усіх його потреб [11]. Крім того, соціальні працівники займаються вирішенням таких додаткових проблем, як адвокація, оцінка потреб, пропонування послуг, а також моніторинг процесу надання соціальної допомоги в цілому з метою надання пацієнтам доступної послуги [12].

У багатопрофільній діяльності соціальним працівникам часто доводиться долати кордони між установами, дисциплінами та професіями, а також спілкуватися із сім'ями пацієнтів, установами, що надають послуги, та фахівцями з інших дисциплін. Їхнє вміння комунікувати та перетинати кордони різних професій забезпечує ефективний результат, який є вкрай необхідним в умовах нових реалій і викликів [12]. Соціальні працівники відіграють важливу роль у наданні пацієнт-орієнтованої допомоги на різних етапах реабілітаційного процесу, залежно від проблем, які можуть виникнути у пацієнта та його/її сім'ї. Водночас нерозуміння ідентичності соціальної роботи перешкоджає функціональності соціальних працівників у секторі охорони здоров'я [13].

В Україні завдяки співпраці Програми розвитку ООН в Україні (UNDP), Офісу Президента України, Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я було прийнято Постанову Кабінету Міністрів України⁵, яка вносить зміни в регулювання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я та визначає функції соціальних працівників у складі мультидисциплінарної команди, зокрема, оцінювання індивідуальних потреб, інформування з питань соціального захисту (забезпечення допоміжними засобами реабілітації, призначення соціальної допомоги та виплат, отримання соціальних послуг, проходження військово-лікарської експертизи, медико-соціальної експертизи), консультування, надання психосоціальної підтримки тощо. Саме залучення соціальних працівників до складу реабілітаційної команди дозволить реалізувати інтегрований підхід до надання послуг.

⁵ Постанова Кабінету Міністрів України “Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 і від 16 грудня 2022 р. № 1462” від 01.12.2023 р. № 1285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1285-2023-%D0%BF#Text>

В Україні потреба мультидисциплінарних реабілітаційних команд у соціальних працівниках є беззаперечною, оскільки функціонування особи є результатом складної взаємодії між станом здоров'я, факторами навколишнього середовища й особистісними факторами. Щоб описати повний стан функціонування людини, надати комплексну оцінку можливостям функціонування організму і в подальшому визначити рівень втрати працездатності та потенціалу відновлення, потрібно дослідити усі компоненти, а не тільки функції та структури організму, які можуть оцінити фахівці з реабілітації. Саме необхідність всебічної оцінки можливостей функціонування організму людини вимагає участі соціального працівника та обґрунтування додаткового інструменту оцінки, що доповнюватиме запропонований Постановою Кабінету Міністрів України № 1285.

В Україні діє Національний класифікатор “Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я” НК 030:2022, узгоджений з МКФ, в якому крім медичних компонентів представлено соціальні компоненти. Кодування за допомогою Національного класифікатора вимагає глибинного розуміння класифікації для правильного вибору певного домену з-поміж наявних 1450 доменів, використання відповідних інструментів оцінки, застосування оптимальних методів оцінки.

Застосування різноманіття клінічних тестів, шкал, опитувальників, методів інструментальної та лабораторної діагностики, а також переведення всіх даних (результатів обстеження) в домени / категорії МКФ є досить трудомісткою роботою [14], що підтверджує важливість створення єдиного підходу до застосування на різних етапах реабілітації оціночних інструментів для діагностики, прогнозу, оцінки ефективності й безпеки програм реабілітації на основі МКФ. Такий підхід був запропонований В.М. Савченком та іншими [2], проте він був зосереджений переважно на доменах, які безпосередньо стосуються медицини. Водночас оцінюванню доменів, які стосуються інших компонентів (активності та участі, особистісних факторів, факторів навколишнього середовища – саме тих, оцінка яких перебуває в компетентності соціального працівника), приділяється недостатня увага.

Відповідно до зарубіжного досвіду, сьогодні універсальний інструмент оцінювання доменів МКФ відсутній, внаслідок чого кожна країна робить це на власний розсуд. Багато країн розробляють свої інструменти оцінки, але в їхній основі лежить універсальний інструмент оцінки стану здоров'я та інвалідності, розроблений експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS) [3]. Цей інструмент був розроблений головним чином для застосування в контексті соціальної політики, наприклад, для адміністративного визнання статусу інвалідності або права на пільги й виплати.

Наприклад, у Південній Кореї було розроблено комплексну систему оцінки здоров'я та соціальних потреб (CHSNA) з метою посилення особистісно орієнтованої допомоги мешканцям громади та підтримки медичних і соціальних працівників, які надають медичні та соціальні послуги в громаді. Методи, які використовувались, – елементи, пов'язані з CHSNA, – були розроблені та зіставлені з кодами МКФ [15]. Національна система оцінювання надає можливість оцінити показники стану здоров'я індивідуума, рівень і якість його повсякденного життя, можливість самообслуговуван-

ня, оцінити рівень його активності у повсякденному та соціальному житті, екологічність середовища існування. Система є повністю комп'ютеризованою і зручною у використанні для здійснення як самооцінки, так і оцінки соціальним працівником. Користувачі системи оцінюють високий рівень її функціональності та точності оцінки соціальних потреб, що сприяє підвищенню ефективності системи соціальної допомоги [15]. На Тайвані також перехід на систему МКФ відбувся з 2007 р. шляхом розробки національних інструментів оцінки різних компонентів функціонування організму за версією WHODAS 2.0 із 36 пунктів [16].

Для України також становить інтерес досвід Нідерландів. У Нідерландах концепцію МКФ застосували до працівників, які перебувають на лікарняному, у результаті чого працездатність і можливість повернення до роботи стає результатом взаємодії проблеми зі здоров'ям працівника з особистими факторами та факторами навколишнього середовища. У Нідерландах працездатність розуміється як “загальна здатність індивіда виконувати фізичні, розумові та емоційні завдання, необхідні для виконання вимог конкретної роботи або класу робіт” [17]. Відповідно до законодавства Нідерландів, соціальний працівник не має доступу до медичної інформації, тому здійснює оцінку лише тих доменів, які стосуються переліку факторів навколишнього середовища, особистісного і соціального функціонування й комунікації, оцінює значущість цих факторів та їх впливовість на імовірність повернення до роботи [17] та необхідність надання соціальних послуг і допомоги.

У Швеції медичний соціальний працівник відповідає за оцінку соціальної та психосоціальної ситуації пацієнта (нинішньої та протягом усього життя), а також за позицію психосоціальних компонентів плану лікування та реабілітації, розробленого мультидисциплінарною командою [18].

Проте з огляду на специфічну соціальну, економічну, політичну, безпекову ситуацію, ми переконані в тому, що Україна повинна на даному етапі орієнтуватися на власний інструмент для оцінки соціальним працівником ступеня обмеження життєдіяльності особи, враховуючи фінансову спроможність і національну культурну ідентичність.

Оцінка ступеня обмеженості життєдіяльності особи в реабілітаційній установі з урахуванням МКФ – це новий для України виклик, який потребує комплексного підходу, основними елементами якого є індивідуальний та міждисциплінарний підходи до особи з обмеженнями повсякденного функціонування.

Виконання основних завдань соціальним працівником передбачає застосування ним базового методу соціальної роботи – ведення випадку без укладення договору про надання соціальних послуг. На нашу думку, у такій ситуації соціальний працівник як член мультидисциплінарної команди повинен не лише вести випадок, але й брати участь в оцінюванні обмеження життєдіяльності особи. На користь цього свідчить зарубіжний досвід щодо медичних соціальних працівників, саме в цьому і є сутність нового біопсихосоціального підходу до визначення інвалідності. Так, у Швеції оцінка порушень здійснюється медичним соціальним працівником за допомогою опитувальника WHODAS 2.0 та медико-психологічного тестування [18]. У Нідерландах соціальний працівник також бере участь в оцінці тих доменів, які стосуються переліку фак-

торів навколишнього середовища, особистісного та соціального функціонування й комунікації, та необхідності надання соціальних послуг і допомоги [17].

Таким чином, нова роль соціального працівника у сфері охорони здоров'я полягає у тому, що він як член мультидисциплінарної команди реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу:

- бере участь в оцінці ступеня обмеження життєдіяльності особи;
- веде випадок: встановлює контакт (знайомиться) з отримувачем послуг; здійснює оцінку його індивідуальних потреб з визначенням сильних і слабких сторін за затвердженою формою; складає план ведення випадку, що є частиною індивідуального реабілітаційного плану; аналізує результати виконання плану ведення випадку та за потреби коригує його.

На наш погляд, соціальний працівник як член міждисциплінарної команди, беручи участь в оцінці інвалідності особи за компонентами МКФ “активність і участь” і “фактори середовища”, може використовувати удосконалений інструмент WHODAS 2.0, що враховуватиме соціальну складову. Саме з цією метою авторами розроблено перелік питань, які варто ставити перед особою з обмеженнями повсякденного функціонування. За основу нами було використано повну версію опитувальника WHODAS 2.0, що охоплює 6 доменів функціонування та містить 36 питань. В результаті цього, авторський опитувальник складається із 40 питань і охоплює 6 доменів (табл. 1).

Таблиця 1

Анкета № 1 для оцінювання ступеня обмеження життєдіяльності особи з обмеженнями повсякденного функціонування відповідно до WHODAS 2.0 (з урахуванням соціального аспекту)

Перелік доменів (з урахуванням WHODAS 2.0), питання	Ступінь обмеження життєдіяльності (від 0 до 4)
Домен D1 – “Мислення”. Упродовж останніх 30 днів наскільки Вам було складно...	
Концентруватися на виконанні чогось упродовж 10 хвилин?	
Запам'ятати важливі дії, які потрібно виконати?	
Аналізувати проблеми та знаходити для них вирішення у повсякденному житті?	
Опанувати нове завдання, наприклад, знайти шлях у нове місце?	
Розуміти в цілому, що говорять інші люди?	
Починати та підтримувати розмову?	
Домен D2 – “Мобільність”. Упродовж останніх 30 днів наскільки Вам було складно...	
Перебувати у положенні стоячи протягом 30 хвилин?	
Підводитись у положення стоячи з положення сидячи?	
Переміщуватися всередині Вашого будинку (долати фізичні бар'єри)?	

Перелік доменів (з урахуванням WHODAS 2.0), питання	Ступінь обмеження життєдіяльності (від 0 до 4)
Виходити з Вашого будинку?	
Проходити довгі відстані, кілометр або більше?	
Домен D3 – “Догляд за собою”. Упродовж останніх 30 днів наскільки Вам було складно...	
Приймати ванну або душ?	
Одягатися?	
Їсти?	
Підтримувати охайний вигляд?	
Залишатися вдома наодинці?	
Домен D4 – “Відносини”. Упродовж останніх 30 днів наскільки Вам було складно...	
Вирішувати особисті проблеми і труднощі?	
Спілкуватися з незнайомими людьми?	
Підтримувати відносини з друзями?	
Підтримувати відносини з близькими людьми?	
Заводити нових друзів?	
Підтримувати сексуальні відносини?	
Домен D5 – “Життя”. Упродовж останніх 30 днів наскільки Вам було складно...	
Виконувати домашню роботу (прибирати, мити посуд)?	
Виконувати повсякденну діяльність на роботі або на навчанні?	
Придбати продукти харчування?	
Приготувати їжу?	
Оплачувати рахунки за комунальні послуги, заповнювати документи?	
Користуватися громадським транспортом (автобусом, тролейбусом, трамваєм, маршрутним таксі)?	
Викликати лікаря, працівників комунальних або транспортних служб?	
Доглядати за дітьми?	
Керувати Вашим автомобілем?	
Домен D6 – “Участь”. Упродовж останніх 30 днів...	
Наскільки Вам було складно брати участь у громадській діяльності (наприклад, святах, релігійних та інших заходах) в тому ж обсязі, в якому брали участь інші люди?	
Наскільки значними є для Вас проблеми через бар'єри або обмеження навколо Вас?	

Перелік доменів (з урахуванням WHODAS 2.0), питання	Ступінь обмеження життєдіяльності (від 0 до 4)
Наскільки для Вас складно жити з відчуттям власної гідності?	
Наскільки багато часу Ви витрачаєте на підтримання здоров'я?	
Наскільки емоційно Ви переживаєте проблеми зі здоров'ям?	
Наскільки складно Вам і Вашій родині підтримувати стан Вашого здоров'я з фінансових причин?	
Наскільки великі проблеми відчуває Ваша родина через стан Вашого здоров'я?	
Наскільки великі проблеми Ви відчуваєте, коли робите щось для власного задоволення?	
Наскільки складно працювати на звичайному робочому місці, неадаптованому під Ваші потреби?	

Джерело: розроблено авторами з урахуванням [3, с. 4–7].

Запитання анкети № 1 порушують тему функціональних труднощів, яких зазнає особа з обмеженнями повсякденного функціонування та отримує реабілітаційні послуги, у 6 доменах упродовж попередніх 30 днів. Всі запитання анкети № 1 кодуються, що відповідає необхідності цифровізації процесу виявлення порушень особи з обмеженнями повсякденного функціонування. Відповіді надаються у балах за шкалою від 0 до 4, де “0” – “немає обмеження функціонування”, “1” – “легкі обмеження функціонування”, “2” – “помірні обмеження функціонування”, “3” – “тяжкі обмеження функціонування”, і “4” – “виконання надзвичайно ускладнене або неможливе”.

На нашу думку, з метою усунення суб'єктивності відповідей на запитання анкети необхідно залучити до опитування не менш ніж три особи: саму особу з обмеженнями повсякденного функціонування, соціального працівника та члена сім'ї (або законного представника). Підсумкові бали за кожним з доменів встановлюються як середнє арифметичне за всіма оцінювачами за кожним доменом, а результати представляються в окремій таблиці. Цей підхід є швидким і практичним для використання в межах скринінгової методики, тому він може бути методом вибору в умовах необхідності швидкого прийняття рішення або за відсутності комп'ютеризованих методів обробки даних. Проста сума балів за всіма доменами, на нашу думку, достатня для опису ступеня функціональних порушень та обґрунтування інвалідності в межах компетентності соціального працівника.

Наступний етап – аналітичний, за результатами якого соціальним працівником визначається необхідність втручання та ступінь потреби індивідуума в допомозі. Якщо відповідь на запитання “0” або “1”, то допомога не потрібна. Починаючи з відповіді “2” і далі – допомога потрібна. Особливого реагування потребують обмеження функціонування, на які особа з обмеженнями повсякденного функціонування відповіла “3” або “4”. Такі обмеження функціонування за кожним з шести доменів кодами (через кому) заносяться в таблицю висновку щодо обмеження функціонування особи за компонентами “активність і участь”, “фактори середовища”. На засіданні мультидисциплінарної реабілітаційної команди узгоджуються результати оцінки

соціального працівника з оцінкою фахівців з реабілітації, відповідно до компонентів МКФ “функції організму”, “структури організму”, “активність і участь”, “фактори середовища”. За результатами оцінки обмеження життєдіяльності соціальним працівником формується висновок, форма якого наведена у таблиці 2.

Таблиця 2

Висновок щодо обмеження життєдіяльності особи з обмеженнями повсякденного функціонування за компонентами “активність і участь”, “фактори середовища”

	Домен	Бали
1	Мислення у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
2	Мобільність у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
3	Догляд за собою у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
4	Відносини у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
5	Життя у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
6	Участь у тому числі коди запитань, відповіді на які становили: (коди надаються через кому)	
	Загальна сума балів за всіма доменами	

Джерело: складено авторами.

У подальшому соціальний працівник організовує свою роботу із застосуванням базового методу соціальної роботи – власне ведення випадку, у рамках якого він оцінює індивідуальні потреби особи.

Таким чином, запропонований авторський підхід оцінки ступеня обмеження функціонування особи соціальним працівником є дієвим методологічним інструментом запровадження біопсихосоціальної моделі інвалідності в Україні. Саме врахування в процесі реабілітації низки чинників, які не стосуються стану здоров'я та не мають безпосереднього значення до біомедичних характеристик, дозволить стабілізувати поточний стан реабілітаційної активності особи з інвалідністю та покращити її життєдіяльність.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Компаративний аналіз досвіду участі соціальних працівників у складі мультидисциплінарної команди дозволив констатувати їхню вагомую роль при оцінці інвалідності та встановленні ступеня обмеженості функціонування особи. З огляду на новий для України виклик у вигляді впровадження МКФ, а також комплексність медико-соціальних аспектів встановлення інвалідності та надання реабілітаційної допомоги, необхідно впровадити заходи державної соціальної політики, спрямовані на підвищення ролі та статусу соціального працівника у сфері охорони здоров'я та проведення просвітницької діяльності.

На наше глибоке переконання, соціальний працівник в аспекті надання реабілітаційної допомоги, крім визначення та оцінки пріоритетності соціальних потреб

пацієнта шляхом ведення випадку, повинен разом з членами мультидисциплінарної команди брати безпосередню участь в оцінці інвалідності та обґрунтуванні ступеня порушення життєдіяльності, використовуючи удосконалений авторами інструмент WHODAS 2.0.

Сьогодні наявна нагальна потреба в організації міждисциплінарних робочих груп, проведенні підготовчих тренінгів для членів мультидисциплінарних команд у сфері охорони здоров'я; організації систематичної інформаційно-роз'яснювальної роботи із залученням фахівців різних сфер для впровадження МКФ; навчанні соціальних працівників у сфері охорони здоров'я з питань визначення інвалідності та подальшого визначення потреби у соціальних послугах з урахуванням МКФ. Це потребує розробки професійного стандарту "соціальний працівник у сфері охорони здоров'я". Саме це буде покладено в основу подальших наукових досліджень.

З науково-практичної точки зору перспективними є апробація та удосконалення запропонованого авторами інструменту оцінки інвалідності особи з обмеженнями повсякденного функціонування. З огляду на практичний характер дослідження, у найближчій перспективі потрібно вирішити ряд організаційних питань, пов'язаних з навантаженням на одного соціального працівника під час роботи у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд, а також формою залучення й оплатою праці соціального працівника у складі таких команд.

Список використаних джерел

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2001, 259 с. URL: https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf
2. Савченко В.М., Харченко Г.Д., Керестей В.В., Буряк О.Ю., Погребняк Ю.М. Методологічні особливості оцінювання доменів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що використовуються у фізичній терапії, ерготерапії. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. № 14. С. 98–112. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.11>
3. Іпатов А.В., Саніна Н.А., Ханюкова І.Я., Гондуленко Н.О. Можливості визначення ступеня обмеження життєдіяльності на основі Міжнародної класифікації функціонування за допомогою шкали ВООЗ для оцінки інвалідності (WHODAS 2.0) (огляд літератури). *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2018. № 2 (28). С. 3–9. URL: https://repo.dma.dp.ua/6030/1/ujmse_2018_2_3.pdf
4. Горішна Н., Слозанська Г. Сучасний стан і потенційні можливості використання МКФ-ДП в інклюзивній освіті України. *Науковий журнал Хортицької національної академії. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2021. Вип. 1 (4). С. 97–107. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-4-9>
5. Disability assessment, mutual recognition and the EU Disability Card – Progress and opportunities. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies. PE 739.397 – November 2022. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/739397/IPOL_STU\(2022\)739397_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/739397/IPOL_STU(2022)739397_EN.pdf)
6. Examples given from the English Barema system. Council of Europe. 2022. URL: <https://rm.coe.int/16805a2a27>
7. Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Gongolo F., Martinuzzi A., Sala M., Meucci P., Raggi A., Russo E., Buffoni M., Gorini G., Conclave M., Petrangeli A., Solipaca A., Leonardi M. Towards a common disability assessment framework: theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. *Disabil Rehabil*. 2009. Vol. 31 (1). С. 8–15. <https://doi.org/10.3109/09638280903317815>

8. Bharadwaj Ya., Koujalgi S.R. Exploring the Role of Medical Social Workers in Teaching and Non-Teaching Hospitals: A Study on the Potential Establishment of a Department of Medical Social Work. *International Journal of Social Health*. 2024. Vol. 3 (4). URL: <https://ijsh.ph.asianpublisher.org/index.php/rp/article/view/173>
9. Shobana P., Actovin C.A., Alam, I. Social media addiction and healthy lifestyle among post graduate students: A social work perspective. *International Journal of Social Sciences and Management*. 2023. Vol. 10 (2). P. 25–30.
10. Saint-Pierrea C., Herskovica V., Sepúlveda M. Review multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review. *Family Practice*. 2018. Vol. 35 (2). P. 132–141.
11. Kaddour O., Ben Mabrouk A., Arfa S., Lassoued N., Berriche O., Chelli J. Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza vaccination. *Infection, Disease and Health*. 2024. Vol. 29 (4). P. 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2024.04.005>
12. Ahmed D. Importance of Social Workers in Multidisciplinary Frontline Environment During Pandemics. *Issues in Social Science*. 2021. Vol. 9 (1). P. 1–14. <https://doi.org/10.5296/iss.v9i1.18035>
13. Maxhakana Z., Sithole M.S. Experiences of social workers in working with health care practitioners: a multidisciplinary team approach. *Social Work/Maatskaplike Werk*. 2024. Vol. 60 (1). P. 98–123. <https://doi.org/10.15270/60-1-1254>
14. Ballert C.S., 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*. 2019. Vol. 41 (5). P. 584–600. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.119843315>
15. Park M., Choi E.J., Jeong M., Lee N., Kwak M., Lee M., Lim E.C., Nam H., Kim D., Ku H., Yang B.S., Na J., Jang J.S., Kim J.Y., Lee W. ICT-Based Comprehensive Health and Social-Needs Assessment System for Supporting Person-Centered Community Care. *Healthc Inform Res*. 2019. Vol. 25 (4). P. 338–343. <https://doi.org/10.4258/hir.2019.25.4.338>
16. Teng Sue-Wen, Yen Chia-Feng, Liao Hua-Fang, Chang Kwan-Hwa, Chi Wen-Chou, Wang Yen-Ho, Liou Tsan-Hon, Team Taiwan. Evolution of system for disability assessment based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese study. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2013. Vol. 112. P. 691–698.
17. Wind A., Donker-Cools B.H.P.M., Jansen L., Luymes C.H., Burg-Vermeulen S.J., Oomens S., Anema J.R., Schaafsma F.G. Development of the core of an ICF-based instrument for the assessment of work capacity and guidance in return to work of employees on sick leave: a multidisciplinary modified Delphi study. *BMC Public Health*. 2022. Vol. 22 (2449). URL: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14653-0>
18. Larsson K., Fredriksson R.K., Fugl-Meyer K.S. Health social workers' assessments as part of a specialized pain rehabilitation: a clinical data-mining study. *Social Work in Health Care*. 2019. Vol. 58 (10). P. 936–951. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1679322>

Надійшла 2.10.2024
Прорецензована 18.10.2024
Доопрацьована 21.10.2024
Підписана до друку 25.10.2024

References

1. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. (2001). Geneva: World Health Organization. URL: https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf [in Ukrainian]
2. Savchenko, V.M., Kharchenko, H.D., Kerestei, V.V., Buriak, O.Yu., Pohrebniak, Yu.M. (2023). Methodological Peculiarities of Domain Assessment of International Classification of Functioning,

Disability and Health that is Used in Physical Therapy, Ergotherapy. *Rehabilitation & Recreation*, 14, 98-112. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.11> [in Ukrainian]

3. Ipatov, A.V., Sanina, N.A., Khaniukova, I.Ya., Hondulenko, N.O. (2018). The Possibilities of Disability Level Determination Based on the International Classification of Functioning Using the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) (literature review). *Ukrainskyi visnyk medyko-sotsialnoi ekspertyzy – Ukrainian Bulletin of Medical and Social Expertise*, 2 (28), 3-9. URL: https://repo.dma.dp.ua/6030/1/ujmse_2018_2_3.pdf [in Ukrainian]

4. Horishna, N., Slozanska, H. (2021). Current Situation and Potential of Using ACF-CY in Inclusive Education in Ukraine. *Scientific journal of Khortytsia National Academy. Series: Pedagogy. Social Work*, 1 (4), 97-107. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-4-9> [in Ukrainian]

5. Disability assessment, mutual recognition and the EU Disability Card – Progress and opportunities. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies. PE 739.397 – November 2022. (2022). URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/739397/IPOL_STU\(2022\)739397_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/739397/IPOL_STU(2022)739397_EN.pdf)

6. Examples given from the English Barema system. (2022). Council of Europe. URL: <https://rm.coe.int/16805a2a27>

7. Francescutti, C., Frattura, L., Troiano, R., Gongolo, F., Martinuzzi, A., Sala, M., Meucci, P., Raggi, A., Russo, E., Buffoni, M., Gorini, G., Conclave, M., Petrangeli, A., Solipaca, A., Leonardi, M. (2009). Towards a common disability assessment framework: theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. *Disabil Rehabil*, 31 (1), 8-15. <https://doi.org/10.3109/09638280903317815>

8. Bharadwaj, Ya., Koujalgi, S.R. (2024). Exploring the Role of Medical Social Workers in Teaching and Non-Teaching Hospitals: A Study on the Potential Establishment of a Department of Medical Social Work. *International Journal of Social Health*, 3 (4). URL: <https://ijsh.ph.asianpublisher.org/index.php/rp/article/view/173>

9. Shobana, P., Actovin, C.A., Alam, I. (2023). Social media addiction and healthy lifestyle among post graduate students: A social work perspective. *International Journal of Social Sciences and Management*, 10 (2), 25-30.

10. Saint-Pierrea, C., Herskovica, V., Sepúlveda, M. (2018). Review multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review. *Family Practice*, 35 (2), 132-141.

11. Kaddour, O., Ben Mabrouk, A., Arfa, S., Lassoued, N., Berriche, O., Chelli, J. (2024). Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza vaccination. *Infection, Disease and Health*, 29 (4), 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2024.04.005>

12. Ahmed, D. (2021). Importance of Social Workers in Multidisciplinary Frontline Environment During Pandemics. *Issues in Social Science*, 9 (1), 1-14. <https://doi.org/10.5296/iss.v9i1.18035>

13. Maxhakana, Z., Sithole, M.S. (2024). Experiences of social workers in working with health care practitioners: a multidisciplinary team approach. *Social Work / Maatskaplike Werk*, 60 (1), 98-123. <https://doi.org/10.15270/60-1-1254>

14. Ballert, C.S., Hopfe, M., Kus, S., Mader, L., Proding, B. (2019). 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*, 41 (5), 584-600. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.119843315>

15. Park, M., Choi, E.J., Jeong, M., Lee, N., Kwak, M., Lee, M., Lim, E.C., Nam, H., Kim, D., Ku, H., Yang, B.S., Na, J., Jang, J.S., Kim, J.Y., Lee, W. (2019). ICT-Based Comprehensive Health and Social-Needs Assessment System for Supporting Person-Centered Community Care. *Health Inform Res*, 25 (4), 338-343. <https://doi.org/10.4258/hir.2019.25.4.338>

16. Teng Sue-Wen, Yen Chia-Feng, Liao Hua-Fang, Chang Kwan-Hwa, Chi Wen-Chou, Wang Yen-Ho, Liou Tsan-Hon, Team Taiwan. (2013). Evolution of system for disability assessment based on the

International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112, 691-698.

17. de Wind, A., Donker-Cools, B.H.P.M., Jansen, L., Luymes, C.H., van der Burg-Vermeulen, S.J., Oomens, S., Anema, J.R., Schaafsma, F.G. (2022). Development of the core of an МКФ-based instrument for the assessment of work capacity and guidance in return to work of employees on sick leave: a multidisciplinary modified Delphi study. *BMC Public Health*, 22 (2449). URL: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14653-0>

18. Larsson, K., Fredriksson, R.K., Fugl-Meyer, K.S. (2019). Health social workers' assessments as part of a specialized pain rehabilitation: a clinical data-mining study. *Social Work in Health Care*, 58 (10), 936-951. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1679322>

Received on October 2, 2024

Reviewed on October 18, 2024

Reviewed on October 21, 2024

Signed for printing on October 25, 2024