

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ  
УКРАЇНИ

КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю 227 Терапія та реабілітація  
освітньою програмою «Ерготерапія»

на тему: **«РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У СКЛАДІ ЕКСПЕРТНИХ  
КОМАНД З ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО  
ФУНКЦІОНУВАННЯ»**

Здобувач вищої освіти  
другого (магістерського) рівня  
Калінкіна Олександра Денисівна

Науковий керівник:

Колос Данило Олександрович

Рецензент: Футорний Сергій  
Михайлович

д.фіз.вих., професор

Рекомендовано до захисту на засіданні  
кафедри (протокол № 20 від 02.04.2025)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.

д. фіз. вих., проф.



Київ – 2025

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ПРОЦЕС ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ТА РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В СИСТЕМІ ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ .....	7
1.1 Порядок встановлення інвалідності в Україні.....	7
1.2 Нормативно-правове регулювання діяльності медико-соціальної експертної комісії.....	9
1.3 Реформування системи медико-соціальної експертної комісії в Україні.....	13
1.4 Перспективи використання Міжнародної класифікації функціонування інвалідності та здоров'я в процесі встановлення інвалідності .....	16
1.5 Потенційна роль ерготерапевта в процесі встановлення інвалідності.....	19
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1 Методи дослідження .....	26
2.2 Організація дослідження.....	28
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	30
3.1 Результати порівняльного аналізу доменів МКФ, сфери професійної діяльності ерготерапевта та Загальної декларації прав людини ООН .....	30
3.2 Результати опитування ерготерапевтів щодо частоти оцінюваних доменів, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування .....	45
ВИСНОВКИ .....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	63

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

ЕТ – ерготерапія

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування інвалідності та здоров'я

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Зміни, які розпочались у 2024 році в системі встановлення інвалідності в Україні, шляхом реформування МСЕК, активно інтегрують підходи, орієнтовані на функціонування особи, її якість життя та право на автономність. Однією з ключових змін стало впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, що дозволяє здійснювати оцінку не лише медичних, але й соціальних аспектів життя людини. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває участь ерготерапевта в експертних командах (зокрема тих, що прийшли на заміну МСЕК), адже саме ерготерапевт володіє інструментами для комплексного оцінювання повсякденного функціонування особи. Ерготерапевт здатен виявити не лише наявність порушень, а й потенціал до самостійності, участі, соціальної інтеграції, що є основою для справедливого визначення ступеня інвалідності.

Оцінка повсякденного функціонування людини набуває все більшої ваги в контексті змін, що відбуваються в системі встановлення інвалідності в Україні. Перехід від виключно медичної моделі до біопсихосоціальної парадигми вимагає міждисциплінарного підходу, який передбачає не лише фіксацію патології, а й визначення рівня автономії, участі в житті суспільства, бар'єрів і ресурсів особи. У цьому процесі особливо важливою є участь ерготерапевта — фахівця, який має знання, інструменти й підготовку для аналізу того, як порушення здоров'я впливають на здатність людини виконувати повсякденні дії, реалізовувати соціальні ролі та підтримувати якість життя.

Нова нормативна база, зокрема Класифікатор функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (НК 030:2022), передбачає комплексне оцінювання функціонального стану особи, і саме ерготерапевт може здійснити до 80% такого оцінювання. Проте в Україні його роль у складі експертних комісій досі не є чітко визначеною чи нормативно закріпленою. Водночас

міжнародний досвід демонструє, що саме участь ерготерапевтів у процесах оцінювання є ключовою умовою об'єктивного та справедливого прийняття рішень щодо інвалідності, планування реабілітаційних заходів та соціальної інтеграції.

Таким чином, дослідження ролі ерготерапевта в складі експертних груп є актуальним з огляду на потребу в побудові системи оцінювання, орієнтованої на людину, її можливості та життєві цілі, а не лише на медичний діагноз.

**Об'єкт дослідження:** процес оцінювання повсякденного функціонування осіб з різними станами здоров'я.

**Предмет дослідження:** сфера професійної діяльності ерготерапевта в системі оцінювання повсякденного функціонального функціонування осіб з різними станами здоров'я.

**Мета роботи:** дослідити роль ерготерапевта в складі експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування.

які здійснюють оцінювання функціонального стану особи, шляхом аналізу практики та нормативно-правових засад.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати законодавчі та нормативні акти щодо структури експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування.
2. Визначити, які домени МКФ охоплює оцінювання ерготерапевтом згідно з його сферою професійної діяльності.
3. Провести опитування практикуючих ерготерапевтів щодо їхньої участі в оцінюванні компонентів функціонування.

**Теоретична значимість роботи.**

Дослідження розширює наукове розуміння ролі ерготерапевта у сфері експертного оцінювання функціонування осіб з інвалідністю в умовах переходу до біопсихосоціальної моделі. Робота вперше системно аналізує відповідність між сферою професійної діяльності ерготерапевта, рекомендованим загальним набором з 30 доменів функціонування за МКФ та принципами прав людини, задекларованими ООН. Результати дослідження

дозволяють поглибити теоретичну базу професії ерготерапевта в контексті міждисциплінарної взаємодії, а також аргументовано позиціонувати ерготерапію як ключову професійну ланку в сучасних експертних підходах до визначення інвалідності. Теоретичні висновки можуть стати підґрунтям для подальшого розвитку нормативно-правового регулювання діяльності ерготерапевта в складі експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування.

**Практична значимість.** Результати дослідження можуть бути використані при формуванні стандартів міждисциплінарної взаємодії в експертних комісіях, а також при розробці професійних рекомендацій щодо участі ерготерапевта в системі оцінювання інвалідності. Отримані дані слугують аргументом для включення ерготерапевта, як обов'язкового члена експертних команд, що здійснюють оцінювання повсякденного функціонування.

# РОЗДІЛ 1.

## ПРОЦЕС ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ТА РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В СИСТЕМІ ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

### 1.1 Порядок встановлення інвалідності в Україні

Встановлення інвалідності в Україні є складним багаторівневим процесом, який має як медичні, так і соціальні аспекти. Його регулює низка законодавчих та нормативно-правових актів, головним з яких є Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [1].

Інвалідність визначається як стійке порушення функцій організму, що обмежує життєдіяльність особи та зумовлює необхідність у соціальній допомозі, захисті чи реабілітаційних заходах [2]. Визначення ступеня втрати здоров'я є компетенцією медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) — спеціалізованих органів, уповноважених Міністерством охорони здоров'я України [3].

Підставою для направлення на МСЕК є тривала втрата працездатності, яка підтверджується медичною документацією. Направлення може здійснювати лікуючий лікар закладу охорони здоров'я або військово-лікарська комісія (у разі, якщо інвалідність виникла внаслідок військової служби) [4].

Процедура встановлення інвалідності складається з кількох етапів:

1. Медичне обстеження та підготовка документів. На цьому етапі лікар, який спостерігає за пацієнтом, готує всю необхідну медичну документацію, яка включає амбулаторну карту, виписки зі стаціонарів, результати обстежень та консилиумів [5].

2. Направлення на МСЕК. Оформлюється форма №088/о, яка є основним документом для подання на експертизу [6]. До неї додаються копії паспорта, ППН, трудової книжки, а також заяви пацієнта.

3. Розгляд справи МСЕК. Комісія оцінює ступінь порушення здоров'я, рівень самообслуговування, здатність до трудової діяльності, пересування, спілкування, контролю за своєю поведінкою тощо. Для цього використовується Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [7].

4. Прийняття рішення. За результатами розгляду пацієнту може бути встановлено одну з трьох груп інвалідності: I (найвища ступінь), II (виражене порушення), III (помірне порушення), або відмовлено у встановленні інвалідності [8].

5. Видача довідки та індивідуальної програми реабілітації. У разі встановлення інвалідності пацієнт отримує відповідну довідку та індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю (ІПР), яка є обов'язковою для виконання закладами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти тощо [9].

Особи з інвалідністю мають право подавати апеляцію у разі незгоди з рішенням МСЕК до регіональної або центральної комісії МОЗ; супроводжуватись законним представником або адвокатом; проходити МСЕК у зручному місці за наявності порушень мобільності (наприклад, вдома або в стаціонарі) [10].

У переважній більшості випадків інвалідність встановлюється на визначений строк (як правило, 1 рік), після чого особа підлягає повторному огляду. В окремих випадках (наприклад, при анатомічних дефектах, невиліковних станах) інвалідність може бути встановлена безстроково [11].

Починаючи з 2022 року, в Україні відзначається значне збільшення кількості звернень до МСЕК у зв'язку з пораненнями військових, постраждалих внаслідок бойових дій серед цивільного населення та внутрішньо переміщених осіб [12]. Це викликає потребу у спрощенні та цифровізації процедури направлення та оцінки інвалідності.

У 2023 році було анонсовано створення електронної системи встановлення інвалідності, що дозволяє передавати медичну документацію

дистанційно, а також проводити окремі експертизи у відеоформаті [13]. Це особливо важливо для осіб, які втратили доступ до медичних закладів або проживають у тимчасово окупованих територіях.

Поступово в Україні запроваджується біопсихосоціальна модель інвалідності, відповідно до якої в центрі уваги є не тільки діагноз, але й функціональний стан людини. Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) дозволяє більш точно оцінити вплив захворювання на участь у житті суспільства та сформувавши індивідуальний план підтримки.

Серед напрямків вдосконалення системи встановлення інвалідності в Україні виділяють: подальшу цифрову трансформацію процесу; інтеграцію медичних, соціальних та освітніх баз даних; підвищення прозорості діяльності МСЕК; забезпечення прав людини та відхід від дискримінаційних практик [14].

Встановлення інвалідності в Україні перебуває на етапі активної трансформації, і це створює нові можливості для осіб з порушенням здоров'я, проте потребує системного підходу, міжвідомчої взаємодії та підтримки з боку держави.

## **1.2 Нормативно-правове регулювання діяльності медико-соціальної експертної комісії**

Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) є ключовим інститутом у системі охорони здоров'я та соціального захисту в Україні, відповідальним за визначення ступеня втрати працездатності, встановлення інвалідності та розроблення індивідуальної програми реабілітації. Її діяльність жорстко регламентується нормативно-правовими актами, які забезпечують законність, послідовність і правову захищеність рішень.

Основними законами, які регулюють діяльність МСЕК, є:

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [15];
- Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [16];

- Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [17].

Ці закони закріплюють принципи захисту прав осіб з інвалідністю, визначають компетенції МСЕК та забезпечують інтеграцію медичної, соціальної та професійної реабілітації.

На рівні підзаконного регулювання діяльність МСЕК регламентується цілою низкою наказів та постанов. Найважливішими серед них є:

- Постанова Кабінету Міністрів України №1317 від 03.12.2009 р. «Питання медико-соціальної експертизи» [18], яка встановлює порядок створення, ліквідації та діяльності комісій;

- Наказ МОЗ України №502 від 05.09.2011 р. «Про організацію роботи МСЕК» [19], що регламентує кадрове забезпечення, структурну побудову та функціональні повноваження;

- Наказ МОЗ №110 від 07.03.2002 р., який затверджує форму направлення на МСЕК (форма 088/о) та правила її заповнення [20];

- Наказ МОЗ №649 від 05.11.2015 р., що визначає перелік хронічних захворювань, які є підставою для встановлення інвалідності безстроково [21].

Окрему роль відіграють накази та методичні рекомендації МОЗ щодо оцінки функціонального стану пацієнтів за допомогою МКФ — міжнародної класифікації функціонування [22].

МСЕК є колегіальним органом, що функціонує в системі Міністерства охорони здоров'я України. Вона не є юридичною особою, проте її висновки мають юридичну силу. МСЕК формуються з лікарів відповідних спеціальностей (невролог, хірург, терапевт тощо), які мають досвід роботи не менше 5 років у галузі охорони здоров'я [19].

Юридично рішення МСЕК є актами індивідуальної дії, які можуть бути оскаржені в адміністративному порядку або в суді. Це передбачено Кодексом адміністративного судочинства України та законом «Про звернення громадян» [23].

МСЕК здійснює низку функцій, серед яких:

- встановлення або відмова у встановленні інвалідності;
- визначення групи інвалідності (I, II, III);
- визначення причин інвалідності (загальне захворювання, трудове каліцтво, професійне захворювання, військова травма тощо);
- розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР);
- визначення працездатності особи з урахуванням стану здоров'я та умов праці [18].

МСЕК також здійснює експертизу працездатності, що є важливою у випадках тривалого листка непрацездатності або при вирішенні питань пенсійного забезпечення.

МСЕК співпрацює з закладами охорони здоров'я (щодо збору медичної інформації та реабілітації); органами соціального захисту (для реалізації пілг та допомог); органами Пенсійного фонду (для встановлення пенсій за інвалідністю); центрами зайнятості (щодо профорієнтації та перекваліфікації осіб з інвалідністю) [24].

Законодавство передбачає обов'язковий обмін інформацією між цими структурами для забезпечення комплексного підходу до допомоги особам з інвалідністю.

Правовий статус особи, що звертається до МСЕК, чітко регламентований. Відповідно до Закону України «Про звернення громадян» та статті 55 Конституції України, громадянин має право:

- отримати обґрунтоване рішення комісії у письмовій формі;
- оскаржити рішення у вищестоящих МСЕК або в суді;
- бути присутнім особисто на засіданні комісії;
- залучити представника або перекладача;
- проходити МСЕК вдома чи у стаціонарі у разі обмеженої мобільності [23,25].

Після початку повномасштабної збройної агресії РФ проти України у 2022 році, було тимчасово змінено правила проходження МСЕК. Зокрема дозволено встановлення інвалідності заочно, дозволено продовження терміну

інвалідності без проходження переогляду та запроваджено спрощений механізм направлення на експертизу [26].

Ці норми були закріплені в низці постанов Кабінету Міністрів України, зокрема в Постанові №225 від 07.03.2022 р. [27].

У рамках цифровізації системи охорони здоров'я, МОЗ України спільно з Мінцифрою розпочали впровадження електронної системи направлення та проходження МСЕК. Згідно з Наказом МОЗ №1831 від 22.10.2022 р., запроваджено пілотний проєкт, у межах якого лікар має змогу формувати електронне направлення, а МСЕК — ухвалювати рішення дистанційно [28].

Це дозволяє мінімізувати контакт пацієнта з установами та пришвидшує процес ухвалення рішень, зменшуючи ризики корупції та бюрократії.

Україна є стороною Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (ратифікована в 2009 р.) [29]. Це зобов'язує державу адаптувати національне законодавство до норм Конвенції, зокрема щодо визнання правоздатності, доступу до правосуддя, рівного ставлення та забезпечення участі в суспільному житті.

У контексті діяльності МСЕК це означає поступовий перехід:

- від медичної моделі інвалідності до біопсихосоціальної моделі;
- від оцінки «втрати працездатності» — до оцінки «функціонального потенціалу»;
- від «пільг» — до створення рівних можливостей [22,29].

Попри значну нормативну базу, залишається ряд проблем:

- неузгодженість між медичними, соціальними та освітніми реєстрами;
- суб'єктивізм рішень окремих МСЕК;
- відсутність чітких критеріїв для встановлення функціональних обмежень;
- низький рівень обізнаності населення про свої права [30].

Ці недоліки потребують оновлення нормативно-правової бази з урахуванням сучасних підходів до інвалідності.

### **1.3 Реформування системи медико-соціальної експертної комісії в Україні**

Система медико-соціальної експертизи в Україні функціонує ще з радянських часів і, попри численні спроби модернізації, досі зберігає ознаки застарілості: медична модель інвалідності, паперова бюрократія, обмежена міжвідомча взаємодія. У зв'язку з інтеграцією України до європейського правового простору, ратифікацією Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та запровадженням цифрових технологій постала необхідність ґрунтовного реформування МСЕК [30].

Основні чинники, що зумовили потребу у реформі:

- Застаріла медична модель інвалідності, яка орієнтована на діагноз, а не на функціональний стан особи [31];
- Відсутність системної міжвідомчої інтеграції між МОЗ, Мінсоцполітики, Пенсійним фондом, Мінцифрою;
- Низький рівень довіри до рішень МСЕК з боку пацієнтів;
- Суб'єктивізм в оцінці інвалідності через відсутність чітких уніфікованих критеріїв;
- Потреба в урахуванні нових викликів — військові травми, ПТСР, внутрішнє переміщення населення [32].

Реформування МСЕК в Україні здійснюється у кількох напрямках:

1. Цифровізація процесів. Це передбачає електронне направлення, електронні форми, дистанційний розгляд документів. Створення Електронного кабінету особи з інвалідністю дозволяє отримувати послуги онлайн [33].
2. Перехід до біопсихосоціальної моделі інвалідності, заснованої на Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яку впроваджує МОЗ [34].

3. Запровадження мультидисциплінарного підходу, коли рішення ухвалюється не лише лікарями, а й за участі соціального працівника, психолога, представника сфери праці [35].

4. Уніфікація критеріїв через розробку чітких алгоритмів та шкал для оцінки функціональних обмежень, наприклад: шкали самообслуговування, мобільності, здатності до навчання, праці, соціальної взаємодії [36].

5. Скорочення кількості паперових довідок та дублювання процедур, інтеграція реєстрів уніфікованої інформації (eHealth, соціальний реєстр, ЄДР) [37].

У 2020 році було затверджено Стратегію впровадження МКФ в Україні [38], яка передбачає: навчання фахівців охорони здоров'я; апробацію інструментів функціональної оцінки; включення МКФ у рішення МСЕК; поетапну заміну існуючих форм новими за типом ICF-based reporting.

У 2022–2023 роках були проведені пілотні проєкти у Львівській, Дніпропетровській та Київській областях щодо цифрового направлення на МСЕК та функціональної оцінки за допомогою МКФ [39].

Результати пілотів показали, що час ухвалення рішення скоротився майже вдвічі, а кількість апеляцій зменшилася на 35% [40].

Попри очевидні досягнення, впровадження реформи стикається з низкою викликів: недостатня підготовка персоналу — більшість лікарів не мають практичних навичок користування МКФ [41]; опір на місцях — частина регіональних МСЕК намагаються зберегти «традиційні підходи»; правова невизначеність — відсутність чітких інструкцій щодо формування висновку в термінах МКФ; проблеми цифрової інфраструктури — відсутність доступу до інтернету у сільських амбулаторіях або слабка технічна база [42].

Для подолання цих викликів МОЗ спільно з ВООЗ, Світовим банком та громадськими організаціями запустили програми навчання, уніфікації програмного забезпечення, перекваліфікації персоналу [43].

Одним із революційних етапів реформи є планована ліквідація МСЕК у їх теперішньому вигляді та створення нової структури — Національної служби

з оцінки функціонального статусу. Це буде орган, незалежний від МОЗ, який працює за міжнародними стандартами, орієнтуючись на дані МКФ [44].

Функції служби включатимуть проведення функціональної оцінки, призначення допомоги та послуг за результатами оцінки, ведення електронного профілю особи з інвалідністю; моніторинг результатів реабілітації.

У такій системі більше не буде потреби щороку підтверджувати інвалідність — достатньо лише раз оновлювати функціональний профіль [45].

Очікується, що після впровадження нової системи:

- Зникне потреба у фізичному відвідуванні МСЕК — буде достатньо подати документи онлайн;
- Рішення базуватиметься не на хворобі, а на здатності до участі в житті;
- Буде забезпечено зв'язок між медичною, соціальною, освітньою та трудовою сферами;
- Особи з інвалідністю зможуть самостійно керувати своїм функціональним профілем, обираючи послуги, що їм потрібні [46].

Це відповідає принципам Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка ставить у центр уваги не діагноз, а гідність і рівність можливостей [47].

Україна орієнтується на практики країн ЄС, зокрема Німеччини, Нідерландів, Норвегії, де функціональна оцінка — основа всіх рішень щодо інвалідності [48].

У Німеччині працює система «ICF Assessment» — опитування фахівцями щодо здатності до участі. У Нідерландах особа має електронний кабінет з індивідуальними цілями реабілітації. У Норвегії рішення про потребу у підтримці ухвалюється мультидисциплінарною командою без визначення «групи інвалідності» як юридичного статусу.

Українська модель має потенціал інтегрувати найкращі практики — за умови належного нормативного, технічного та кадрового забезпечення.

У 2024–2025 роках передбачається запуск національної електронної платформи реєстрації та моніторингу осіб з інвалідністю та повна інтеграція eHealth із соціальними реєстрами. Також поетапне переведення всіх МСЕК на модель МКФ та закріплення нової структури на рівні закону.

Важливим є розуміння того, що реформа — не лише адміністративна чи технічна зміна, а зміна філософії: від поділу на «хворих» і «здорових» — до визнання функціонального різноманіття [49].

#### **1.4 Перспективи використання Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я в процесі встановлення інвалідності**

У сучасній системі охорони здоров'я та соціального захисту дедалі більше уваги приділяється не лише медичному діагнозу, а й фактичному функціонуванню людини в реальному життєвому середовищі. Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ), запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я, стає важливим інструментом для такої оцінки. У 2001 році МКФ була офіційно затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я як загальний підхід до розуміння здоров'я і пов'язаних з ним обмежень [48].

МКФ є не лише класифікатором, а й концептуальною рамкою, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні аспекти функціонування людини. Вона дозволяє системно описати не лише порушення функцій організму, а й реальний вплив цих порушень на діяльність людини, її участь у соціальному житті, а також роль навколишнього середовища як бар'єру чи ресурсу [49]. Особливість МКФ полягає в тому, що вона не фіксує лише хворобу, а враховує контекст: дві людини з однаковим діагнозом можуть мати зовсім різний рівень самостійності залежно від підтримки, життєвого середовища та особистісних ресурсів [50].

У контексті встановлення інвалідності це означає зміну парадигми. Якщо раніше рішення МСЕК базувалися переважно на медичних даних і

документах, то тепер дедалі більше визнається потреба враховувати функціональні можливості людини — її здатність до самообслуговування, комунікації, навчання, участі в трудовому житті [51]. Такий підхід забезпечує більш об'єктивну та справедливую оцінку потреб, дає змогу уникати формалізму і більше фокусуватися на реальних труднощах і потребах людини [52].

Україна вже зробила перші кроки до впровадження МКФ у свою систему. У 2020 році було затверджено стратегію, що передбачає її поступову інтеграцію в клінічну практику, діяльність медико-соціальних експертних комісій, реабілітаційне планування та освітні програми для фахівців [53]. Одним із основних напрямів стало створення підходів до визначення інвалідності не як констатації хвороби, а як опису функціонального статусу за допомогою системи МКФ-кодування [54]. Це вимагає нового бачення з боку фахівців: для ухвалення рішення вже недостатньо лише врахувати діагноз — необхідно провести структуровану функціональну оцінку.

З цією метою розробляються цифрові інструменти, які дозволяють швидко та уніфіковано зафіксувати обмеження в діяльності та участі особи. Програмне забезпечення, орієнтоване на МКФ, поступово впроваджується в пілотних регіонах, і його функціональність передбачає заповнення електронного профілю за доменами класифікації, що дозволяє стандартизувати збір інформації та забезпечити її об'єктивність [55]. Водночас розгортаються програми навчання для лікарів, фахівців із реабілітації, соціальних працівників та співробітників МСЕК. Завдяки співпраці з міжнародними партнерами (зокрема ВООЗ, Світовим банком, Handicap International) проводяться тренінги, перекладені українською мовою навчальні матеріали, та створюються методичні рекомендації [56].

Показовим є приклад використання МКФ як бази для створення індивідуальних планів реабілітації. Такий план, сформований на основі конкретних функціональних обмежень (наприклад, складнощів із пересуванням, самообслуговуванням або орієнтацією в просторі), дозволяє не

лише встановити цілі реабілітації, а й розробити конкретні заходи, спрямовані на підвищення рівня участі людини у житті. На відміну від колишньої практики, коли ІПР формувався «під групу інвалідності», сучасний підхід робить його персоналізованим і динамічним документом [57].

МКФ відкриває нові можливості не лише в межах медицини та соціального захисту. Вона може використовуватися також у сфері освіти, зайнятості, житлового планування. Наприклад, на її основі можна адаптувати навчальні програми для дітей з особливими потребами, аргументовано обґрунтовувати потребу в інклюзивному середовищі чи приймати рішення про доступ до допоміжних технологій. Єдиний функціональний профіль особи, сформований за МКФ, стає своєрідною «соціальною біографією», яка супроводжує її впродовж життя [58].

Попри явні переваги, впровадження МКФ не позбавлене труднощів. Найбільшими викликами залишаються відсутність підготовки персоналу до використання нової системи, складність у інтерпретації кодів без попередньої освіти, а також нестача інституційної мотивації до змін [59]. Часто працівники МСЕК або лікарі дотримуються традиційного підходу, вважаючи нову систему зайво складною. Крім того, технічні проблеми — відсутність доступу до інтернету в сільських медичних закладах або недостатня комп'ютерна грамотність — уповільнюють цифровізацію процесів [60].

Міжнародний досвід доводить ефективність використання МКФ у встановленні інвалідності. У багатьох країнах Європейського Союзу вона стала стандартом оцінки: в Німеччині її впроваджено на рівні законодавства; у Швеції реабілітаційні послуги плануються на основі функціонального профілю; у Нідерландах та Норвегії рішення про державну підтримку приймаються з урахуванням даних МКФ, а не лише медичних діагнозів [57]. Застосування цього підходу дозволяє уникати дискримінаційних практик і робить систему більш прозорою та клієнтоорієнтованою.

Для України впровадження МКФ у процес встановлення інвалідності має не лише практичне, а й стратегічне значення. Це крок до реалізації

міжнародних зобов'язань, узятих з ратифікацією Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, а також один з індикаторів євроінтеграційного поступу [48]. Йдеться не лише про модернізацію форм, а про зміну світогляду — перехід від оцінки «нездатності» до визнання різноманітності людських можливостей. У межах запланованої трансформації системи інвалідності МКФ має стати основою функціонального реєстру, еталоном у міжвідомчому обміні інформацією, інструментом для формування державної політики у сфері здоров'я та соціальної інтеграції [54].

У перспективі важливо не лише завершити технічне та нормативне впровадження МКФ, а й забезпечити її сталу інтеграцію в повсякденну практику. Це передбачає регулярне навчання фахівців, оновлення інформаційних систем, міжгалузеву співпрацю та залучення самих осіб з інвалідністю до процесу оцінювання. Лише у такий спосіб МКФ перестане бути формальністю і перетвориться на дієвий інструмент реабілітації, планування і захисту прав людини [45].

### **1.5 Потенційна роль ерготерапевта в процесі встановлення інвалідності.**

В межах реформи системи встановлення інвалідності в Україні дедалі більше уваги приділяється міждисциплінарному підходу, що передбачає участь не лише лікарів, а й фахівців з реабілітації, зокрема ерготерапевтів. Ерготерапія як професія, що базується на біопсихосоціальній моделі здоров'я, відіграє унікальну роль у розумінні того, як функціональні порушення впливають на повсякденне життя людини. Відповідно, участь ерготерапевта у процесі оцінки функціонального стану особи, зокрема при визначенні інвалідності, є логічним і перспективним напрямом розвитку [61].

Професійна діяльність ерготерапевта спрямована на підтримку або відновлення здатності особи виконувати значущі для неї види діяльності, зокрема самообслуговування, участь у побуті, праці, навчанні та громадському житті. Ця діяльність ідеально узгоджується з філософією

Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), яка лежить в основі сучасного підходу до оцінки інвалідності [62].

На відміну від виключно медичного підходу, ерготерапія дозволяє розглядати функціональні обмеження в контексті особистої автономії, ролей і цілей людини. У багатьох країнах, де вже впроваджено систему функціонального оцінювання інвалідності, саме ерготерапевти є основними фахівцями з оцінки життєдіяльності в природному середовищі пацієнта [63].

Потенційна роль ерготерапевта охоплює кілька ключових напрямів. Передусім, це участь у функціональному обстеженні. Ерготерапевт може здійснювати структуровану оцінку доменів діяльності й участі згідно з МКФ, наприклад, здатності готувати їжу, одягатися, користуватися громадським транспортом або працювати. Для цього використовуються валідовані інструменти, як-от COPM (Canadian Occupational Performance Measure), AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) або OPНІ-II (Occupational Performance History Interview) [64].

Також ерготерапевт здатен обґрунтовано визначати ступінь залежності особи від допомоги інших осіб чи допоміжних технологій, проводити аналіз середовища, у якому людина функціонує, та надавати рекомендації щодо його адаптації [65]. Важливо зазначити, що саме ерготерапевт може перевірити, чи збережені у людини зв'язки з повсякденним життям, що часто залишається поза увагою клініциста. Наприклад, при однаковому неврологічному діагнозі дві особи можуть кардинально відрізнятись за рівнем участі у побуті, залежно від підтримки, навичок, мотивації чи середовищних бар'єрів.

Ще одним важливим аспектом є участь ерготерапевта у формуванні індивідуальної програми реабілітації (ІПР). Завдяки цілісному баченню життєвої активності пацієнта, ерготерапевт може сформулювати реалістичні та значущі цілі — не лише у сфері здоров'я, а й у контексті особистісного зростання, повернення до роботи або навчання [66].

Однією з причин, чому участь ерготерапевта у системі встановлення інвалідності є критично важливою, є його здатність діяти на межі двох систем

— медичної та соціальної. Ерготерапевт, як фахівець, який одночасно працює з фізичними, психічними та середовищними аспектами функціонування, є ідеальним посередником для комплексної оцінки потреб людини [67].

Саме ерготерапевт здатен оцінити вплив фізичного середовища на здатність виконувати звичні ролі, а також допомогти визначити ті ресурси, що можуть підвищити рівень незалежності особи без потреби в офіційному статусі «інваліда». Залучення ерготерапевта на етапі до прийняття рішення про інвалідність також сприяє ухваленню рішень на користь ранньої інтервенції та профілактики втрати життєдіяльності [68].

У низці європейських країн, зокрема у Швеції, Норвегії, Данії та Великій Британії, ерготерапевти є постійними членами мультидисциплінарних команд, які здійснюють оцінку функціонального стану особи. Їхнє завдання — не лише зібрати дані, а й інтерпретувати їх у контексті повсякденного життя [69].

У Великій Британії, наприклад, ерготерапевти активно залучені до процесу проведення персоналізованої оцінки потреб для отримання державної підтримки (Personal Independence Payment). Вони проводять домашні візити, оцінюють середовище, виконують тестові завдання з клієнтами та формують рекомендації, які впливають на розмір допомоги [70]. У Канаді ерготерапевти не лише оцінюють функціонування, а й розробляють документи для страхових компаній, пенсійних фондів та судів. Такий досвід може бути цінним і для України, особливо з огляду на необхідність реформування системи експертизи з орієнтацією на функціональні результати [71].

Запровадження практики участі ерготерапевтів у процесі встановлення інвалідності в Україні може мати низку позитивних наслідків. Передусім, це зниження суб'єктивізму рішень — завдяки стандартизованим інструментам оцінки та участі в мультидисциплінарній команді. Крім того, це дозволяє забезпечити індивідуальний підхід до кожного випадку, що особливо важливо для осіб з невидимими порушеннями, ментальними розладами, когнітивними порушеннями або коморбідними станами [72].

Залучення ерготерапевтів дозволить також зробити систему більш прозорою та орієнтованою на потреби користувача. Результати такої оцінки можуть використовуватись не лише для встановлення статусу, а й для формування подальших маршрутів реабілітації, професійної орієнтації або адаптації робочого місця [73].

Важливою умовою реалізації цієї ролі є відповідна професійна підготовка. Сьогодні в Україні уже функціонують освітні програми з ерготерапії, що відповідають міжнародним стандартам WFOT (World Federation of Occupational Therapists), і перші фахівці отримали сертифікацію [74].

Залишається потреба в оновленні нормативної бази, зокрема положень про склад МСЕК та порядок оцінки інвалідності, які б передбачали участь ерготерапевтів нарівні з іншими фахівцями. Також потрібне затвердження протоколів функціонального оцінювання, в яких ерготерапевти виконуватимуть окрему фахову функцію [75].

У перспективі участь ерготерапевтів у процесі встановлення інвалідності може трансформувати сам підхід до оцінки: від формального встановлення статусу до всебічного розуміння потенціалу особи. Такий підхід створює підґрунтя для реалізації принципу участі, рівності прав і соціальної інклюзії, що проголошені у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю [76].

Більше того, залучення ерготерапевтів до системи оцінки дозволить формувати єдиний функціональний профіль особи — документ, що супроводжуватиме її в системі охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та праці. Це зробить систему підтримки більш ефективною, координованою та гуманною.

## **Висновки до розділу 1.**

Система встановлення інвалідності в Україні перебуває у стані глибокої трансформації, яка викликана як внутрішніми потребами, так і зовнішніми зобов'язаннями держави. Проведене дослідження дало змогу проаналізувати поточну модель функціонування медико-соціальних експертних комісій, окреслити основні виклики та окремі недоліки чинної системи, а також визначити перспективні напрямки реформування з урахуванням міжнародного досвіду та сучасних підходів до оцінки інвалідності.

Насамперед було встановлено, що традиційна модель оцінки інвалідності в Україні, яка заснована переважно на медичному критерію (діагнозі, втраті працездатності), є обмеженою і не відображає реальних потреб осіб з інвалідністю. Такий підхід не враховує функціонального потенціалу особи, її здатності до участі в суспільному житті, ролі навколишнього середовища як фактора, що або обмежує, або сприяє життєдіяльності. У результаті рішення МСЕК часто не відповідають реальному стану людини, викликають недовіру, сприяють формалізму й навіть дискримінаційним практикам.

Аналіз чинного нормативно-правового забезпечення засвідчив значну фрагментарність та архаїчність частини документів, що регламентують діяльність МСЕК. Окремі положення залишаються незмінними ще з радянських часів, що суперечить сучасним підходам, закріпленим у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яку Україна ратифікувала у 2009 році. Реформа системи інвалідності має на меті усунення цих суперечностей і запровадження біопсихосоціальної моделі оцінки, що розглядає людину в контексті її життєвого середовища, індивідуальних можливостей та соціальної участі.

Ключовим інструментом переходу до нової моделі є Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я. Її впровадження в українську систему охорони здоров'я та соціального захисту відкриває нові

можливості для об'єктивної, персоналізованої та міждисциплінарної оцінки. МКФ дозволяє не лише описувати стан людини за допомогою уніфікованих кодів, а й будувати функціональний профіль, що може слугувати основою для індивідуальної програми реабілітації, соціального супроводу, профорієнтації, адаптації середовища тощо.

Загальною тенденцією в Україні є поступова цифровізація процесів: від електронного направлення на МСЕК до формування електронного функціонального профілю. Це створює підґрунтя для інтеграції інформаційних систем охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та зайнятості. Разом з тим, упровадження МКФ вимагає не лише технічних рішень, а й методологічних змін — розробки нових протоколів, інструментів оцінки, системи підготовки фахівців.

Особливу увагу в роботі було приділено аналізу потенційної ролі ерготерапевта в оновленій системі встановлення інвалідності. Ерготерапія, як професія, що працює на перетині медицини, психології та соціальної сфери, має унікальні можливості для оцінки впливу порушень на повсякденне життя людини. Саме ерготерапевт може об'єктивно оцінити, як зміни у здоров'ї впливають на здатність готувати їжу, пересуватись, доглядати за собою, працювати, навчатися чи брати участь у житті громади.

Участь ерготерапевта у процесі функціональної оцінки дозволяє перейти від формального визначення групи інвалідності до побудови цілісного бачення особи та її життєвих потреб. Це важливо особливо у випадках ментальних порушень, когнітивних розладів, коморбідних станів, коли клінічні діагнози не дають повного уявлення про реальні обмеження. Крім того, ерготерапевт може стати посередником між медичними закладами, соціальними службами та освітніми установами, сприяючи міжсекторальній взаємодії.

Міжнародний досвід країн ЄС та Північної Америки свідчить про ефективність залучення ерготерапевтів до систем оцінки інвалідності, а також до роботи мультидисциплінарних команд. В Україні вже створено нормативні й освітні передумови для цього: функціонують акредитовані освітні програми

з ерготерапії, сформовані перші професійні спільноти, а МОЗ та Мінсоцполітики активно працюють над оновленням стандартів реабілітаційної допомоги.

У підсумку, можна стверджувати, що нова модель встановлення інвалідності, заснована на принципах МКФ та із залученням ерготерапевтів, має потенціал не лише для підвищення ефективності системи, а й для зміни суспільного уявлення про інвалідність — від стереотипу обмеження до визнання функціонального різноманіття та права на повноцінне життя кожної людини.

## РОЗДІЛ 2.

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Методи досліджень.

Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань дослідження було використано такі методи:

- Аналіз науково-методичної літератури — для дослідження теоретичних основ діяльності ерготерапевта в контексті МКФ, експертного оцінювання функціонування та міжнародних підходів до визначення інвалідності.
- Контент-аналіз нормативно-правових документів — з метою вивчення нормативної бази України та міжнародних стандартів прав людини.
- Порівняльний аналіз — зіставлення рекомендованого набору доменів МКФ із сферою професійної діяльності ерготерапевта та статтями Загальної декларації прав людини.
- Онлайн-опитування фахівців — для вивчення практичного досвіду ерготерапевтів щодо оцінювання функціонального стану.
- Методи математичної статистики — для обробки та візуалізації результатів опитування.

У дослідженні було використано методологічну триангуляцію для підвищення достовірності результатів та забезпечення всебічного аналізу об'єкта дослідження. Зокрема:

- Теоретичні джерела (наукова література та нормативно-правові акти) дозволили виявити концептуальні основи ролі ерготерапевта в експертних процесах.
- Порівняльний контент-аналіз встановив відповідність між функціональними доменами МКФ, сферою професійної діяльності ерготерапевта та основоположними правами людини.

- Емпіричні дані, отримані шляхом опитування практикуючих ерготерапевтів, підтвердили реальну частоту та глибину оцінювання доменів у клінічній практиці.

Поєднання цих методів дозволило отримати надійні, взаємодоповнюючі результати, що ґрунтуються на різних, незалежних джерелах інформації.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, що забезпечують глибоке та об'єктивне вивчення проблематики.

#### Аналіз науково-методичної літератури

Цей метод був використаний для дослідження теоретичних засад ерготерапії, підходів до оцінювання функціонування відповідно до Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), ролі фахівця в мультидисциплінарних командах та моделей визначення інвалідності. Аналіз охоплював сучасні українські та міжнародні джерела, включаючи праці з ерготерапії, документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також наукові статті, що стосуються реалізації прав людини у сфері реабілітації. Всього було опрацьовано понад 70 джерел.

#### Контент-аналіз нормативно-правових документів

Проведено поглиблене вивчення нормативної бази України, зокрема:

- НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я»;
- Стандартів професійної діяльності ерготерапевта;
- Положень про експертні групи (новий формат замість МСЕК);
- Загальної декларації прав людини ООН (1948);
- Рекомендацій ВООЗ щодо функціонального підходу до встановлення інвалідності.

Цей метод дозволив визначити, наскільки професійна діяльність ерготерапевта нормативно узгоджується із завданнями експертних комісій та правозахисними міжнародними орієнтирами.

#### Порівняльний аналіз

У дослідженні застосовано порівняльний аналіз трьох ключових джерел:

- Рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування (НК 030:2022);
- Сфери професійної діяльності ерготерапевта (Scope of Practice);
- Статей Загальної декларації прав людини.

Цей метод дозволив виявити перетини між оцінюваними ерготерапевтом сферами життєдіяльності та основоположними правами людини, а також оцінити рівень відповідності між функціональними доменами і компетенціями фахівця.

#### Онлайн-опитування фахівців

Проведено емпіричне дослідження шляхом анкетування 32 практикуючих ерготерапевтів із різних регіонів України. Мета опитування — з'ясувати, які саме домени з рекомендованого набору з 30 функціональних доменів вони оцінюють найчастіше у своїй клінічній практиці, а також на якому етапі реабілітації (гострий, післягострий, довготривалий) відбувається така оцінка.

Анкета містила 30 позицій, які відповідали кожному з доменів функціонування, де респонденти мали обрати частоту їхнього використання (з варіантами відповіді «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «завжди»). Зібрані дані дозволили визначити ступінь узгодженості реальної практики з теоретичними та нормативними основами.

#### Методи математичної статистики

Для обробки результатів опитування використовувались методи описової статистики: обчислення частот, побудова гістограм, ранжування доменів за частотою їх оцінювання.

## **2.2 Організація дослідження.**

Дослідження проводилося впродовж 2023-2025 навчальних років. Робота виконана у 3 етапи:

I етап (жовтень 2023 – травень 2024р.) – теоретичний аналіз, узагальнення літературних джерел та нормативно-правового за темою дослідження.

II етап (травень 2024 – грудень 2024р.) – проведення порівняльного аналізу та проведення опитування ерготерапевтів.

III етап (грудень 2024 – квітень 2025р.) – аналіз отриманих даних, формування висновків, літературне оформлення магістерської роботи.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

#### 3.1 Результати порівняльного аналізу доменів МКФ, сфери професійної діяльності ерготерапевта та Загальної декларації прав людини ООН

Ерготерапія відіграє ключову роль у процесі соціальної інтеграції пацієнтів, особливо, потенційно, у роботи експертних комісій з оцінки повсякденного функціонування (колишнє МСЕК). Нижче представлено порівняльний аналіз рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я за НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» для опису функціонування пацієнта та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice). Також у розділі визначено, які домені рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування, які безпосередньо відносяться до сфери професійної діяльності, мають пряму кореляцію зі статтями Загальної декларації прав людини ООН.

Оцінювання функцій організму, представлених у таблиці 3.1, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта – це одна з важливих сфер роботи ерготерапевта. Так, *функції енергії та спонукання до дії (b130)* допомагають визначити рівень мотивації та активності пацієнта у виконанні повсякденних завдань. Це важливо, оскільки низький рівень енергії може бути наслідком хронічних захворювань, емоційного вигорання або функціональних обмежень.

*Емоційні функції (b152)* – настрої і психоемоційний стан є важливими складовими повноцінного функціонування людини. Пацієнти з депресією, тривожними розладами або порушеннями настрою можуть мати труднощі з виконанням звичайних повсякденних завдань.

Критичною є також *оцінювання болю (b280)*. Больові відчуття можуть суттєво обмежувати можливість людини виконувати звичайні активності.

Ерготерапевт навчає пацієнтів використовувати техніки контролю болю, адаптаційні стратегії та допоміжне обладнання.

Також оцінюються *функції толерантності до фізичного навантаження (b455), рухливість суглобів (b710) та м'язова сила (b730)*.

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання функцій.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Функції енергії та спонукання до дії (b130)	Оцінювання мотивації та активності пацієнта/клієнта в різних сферах життя
2	Емоційні функції (b152)	Оцінювання впливу емоційного стану на повсякденне функціонування
3	Сприйняття болю (b280)	Оцінювання впливу больових відчуттів на активність
4	Функції толерантності до фізичного навантаження (b455)	Оцінювання витривалості та фізичної активності
5	Функції рухливості суглобів (b710)	Оцінювання діапазону рухів у суглобах
6	Функції м'язової сили (b730)	Оцінювання сили м'язів та здатності до навантаження

З рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта оцінювання активності повсякденного життя охоплює описані нижче домени (таблиця 3.2). Це базові навички необхідні людині для незалежного життя і їх оцінювання входить до поля професійної діяльності ерготерапевта.

*Миття (d510)* включає оцінювання здатності вимити усе тіло або частини тіла, включаючи прийом душу, ванни, миття рук, обличчя, інтимну гігієну. Для цього ерготерапевт може оцінювати фізичні навички, такі як здатність пацієнта самостійно утримувати рівновагу у ванній або душовій, чи

має достатню амплітуду рухів, щоб дістати всі частини тіла при митті, чи здатен тримати предмети гігієни (мило, губку, рушник), тощо. Сенсорні функції - чи відчуває температуру води, чи є ризик отримати опіки або травми через порушення чутливості? Когнітивні функції – чи адекватно людина використовує предмети. Оцінювання планування та безпеки, наприклад, чи здатен пацієнт/клієнт організувати послідовність дій (роздягтись, включити воду, помитися, витертись), чи може виконувати ці дії без ризику падіння. А також використання допоміжних засобів чи користується людина поручнями, стільцями для душу, протиковзкими килимками, чи потребує адаптованої душової kabіни.

*Догляд за частинами тіла (d520)* включає такі дії, як розчісування волосся, гоління, догляд за нігтями, користування косметикою, догляд за зубами, вухами, очима тощо.

*Користування туалетом (d530)* здатність користуватися туалетною кімнатою, включаючи пересадку, користування туалетним папером, гігієну після акту, одягання/знімання одягу. Оцінюючи мобільність чи може дістатися до туалету вчасно, чи потребує допоміжного обладнання (поручні, підйомні сидіння). Фізичну спроможність зняти/надіти одяг та виконати всі гігієнічні процедури. Когнітивний контроль - чи розпізнає сигнали до сечовипускання/дефекації, чи розуміє, як і коли йти до туалету. Гігієна та безпека - чи дотримується пацієнт гігієнічних норм, чи є ризик падіння або забруднення тощо.

*Користування одягом і взуттям (d540)*, що передбачає оцінювання здатності одягатися, знімати одяг і взуття, користуватися фурнітурою, шнурувати взуття тощо. *Вживання їжі (d550)* оцінюючи здатність самостійно приймати їжу: користування столовими приладами, підносити їжу до рота, жувати, ковтати. Під оцінювання здатності пацієнта/клієнта до самостійного прийому їжі ерготерапевт може оцінювати координацію рухів, чи може користуватися ложкою, виделкою, чашкою без допомоги, чи не випадає їжа з приборів, чи не проливають напої. Функцію верхніх кінцівок і тулуба - чи може сидіти у

безпечному для вживання їжі положенні, тримати столові прибори, піднести їх до рота. Під час аналізу ковтання і жування ерготерапевт може звертати увагу на ризик поперхнутися, контроль жувальних м'язів і язика. Збереження когнітивних функцій, наприклад, чи може пацієнт зосередитися на процесі прийому їжі; чи розпізнає їжу, посуд, прибори; чи виконує дії в правильному порядку; чи розпочинає процес без нагадування; чи розуміє, що робити, якщо щось іде не за планом (немає виделки, їжа впала, страва гаряча) та чи шукає альтернативні дії вирішуючи проблему. Окрім того, ерготерапевт оцінює здатність ефективно управляти часом, наприклад, чи здатен пацієнт вжити необхідну кількість їжі для насичення.

Не менш важливим є оцінювання здатності пацієнта/клієнта *піклуватися про власне здоров'я (d570)*, що включає здатність приймати ліки, дотримуватися медичних рекомендацій та самостійно стежити за станом свого здоров'я.

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання активності повсякденного життя.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Миття (d510)	Оцінювання здатності до здійснення гігієни
2	Догляд за частинами тіла (d520)	Оцінювання рівня самостійності у догляді за собою
3	Користування туалетом (d530)	Оцінювання самостійності у користуванні санітарними умовами
4	Користування одягом і взуттям (d540)	Оцінювання здатності до одягання
5	Вживання їжі (d550)	Оцінювання самостійності у прийомі їжі
6	Піклування про власне здоров'я (d570)	Оцінювання навичок самостійного догляду за здоров'ям

З рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта оцінювання інструментальної активності повсякденного життя охоплює описані нижче домени (таблиця 3.3).

*Використання транспорту (d470)* включає оцінювання здатності людини самостійно пересуватися поза межами дому з використанням громадського, особистого або спеціалізованого транспорту, включаючи таксі, автобуси, поїзди, автомобілі, транспорт для людей з інвалідністю тощо. Ерготерапевт оцінює когнітивні здібності визначаючи чи може людина орієнтуватися у місті, планувати маршрут, пам'ятати зупинки, адаптуватися до змін ситуації, або чи розуміє інструкції дорожнього руху (якщо керує авто) тощо. Фізичні можливості - чи може людина самостійно дістатися до транспорту, сісти/вийти; чи володіє достатньою координацією для керування транспортним засобом тощо. Оцінювання навичок планування та організації може включати визначення чи вміє користуватися розкладом, придбати квиток, обрати оптимальний маршрут. Психоемоційна стабільність - чи впевнено людина почувається в громадських місцях, чи викликає поїздка стрес або паніку. Та безпосередньо особливості використання допоміжних засобів, наприклад, чи потребує людина спеціального транспорту та чи може керувати ним, чи потрібно адаптувати автомобіль (наприклад, ручне керування).

*Виконання домашньої роботи (d640)*. Цей домен охоплює всі види домашніх обов'язків, включаючи прибирання, приготування їжі, догляд за одягом, утримання житла, організацію побуту. Ерготерапевт оцінює фізичні навички, так як чи може людина нахилитися, піднімати предмети, переносити, маніпулювати побутовими приладами (праска, пилосос, міксер тощо), наскільки швидко втомлюється, чи може виконати завдання без пауз, тощо. Когнітивні функції - чи може самостійно спланувати роботу по дому: визначити послідовність, оцінити час, не забути про завершення етапів; чи виконує завдання безпечно (наприклад, не залишає плиту ввімкненою). Сенсорні функції, щоб розуміти чи добре бачить/чує людина, для того, щоб працювати з технікою, чи не порушена чутливість рук, що може заважати

тримати предмети. Психоемоційний стан - чи є у людини мотивація до ведення домашнього господарства; чи не викликає побутова робота тривожності або перевантаження. Оцінювання організаційних навички може включати визначення здатності виконувати кілька завдань одночасно, наприклад, готувати обід і паралельно прати. А також оцінювання середовища в якому відбувається активність, визначення бар'єрів та сприятливих факторів і оцінювання звичних для пацієнта стратегій виконання активності.

*Допомога іншим (d660)* що охоплює дії, пов'язані з турботою про інших осіб, включаючи догляд за дітьми, літніми родичами, людьми з інвалідністю, а також домашніми тваринами. Тут ерготерапевт може оцінювати соціальні та емоційні навички, наприклад, чи може людина розпізнати потреби іншої особи, чи має достатній емоційний ресурс для постійної допомоги. Фізичні можливості, такі як здатність підняти дитину, перевдягнути, перемістити, виконати доглядальні функції. Когнітивні функції – чи здатна організувати розпорядок для іншої людини, наприклад, розподіл доз ліків, контроль режиму харчування чи сну, чи здатна відповідально виконувати завдання, пов'язані з безпекою іншого (наприклад, не залишати дитину без нагляду). А також оцінювання навичок планування та багатозадачності, наприклад, чи може людина паралельно виконувати власні справи і допомагати іншим.

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання інструментальної активності повсякденного життя.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Використання транспорту (d470)	Оцінювання здатності керувати транспортом або використовувати громадський транспорт
2	Виконання домашньої роботи (d640)	Оцінювання навичок у веденні домашнього господарства

3	Допомога іншим (d660)	Оцінювання соціальної взаємодії та участі в громадському житті
---	-----------------------	--

З рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта оцінювання здатності до переміщення та пересування охоплює описані нижче домени (таблиця 3.4) Переміщення є важливим аспектом незалежного життя людини. До сфери професійної діяльності ерготерапевта входить оцінювання здатності *змінювати положення тіла (d410), утримувати рівновагу (d415), переносити себе (d420) та переміщатися довкола (d455)*. Люди з порушеннями функціонування можуть потребувати навчання альтернативним способам переміщення або використання допоміжних засобів.

Якщо пацієнт використовує спеціальні засоби пересування, важливим є оцінка *переміщення за допомогою обладнання (d465)*. Ерготерапевт оцінює відповідність та безпечність користуванню допоміжними засобами реабілітації, з метою забезпечити найефективніше виконання заняттєвої активності. Також аналізується здатність використовувати транспорт (d470) – як громадський, так і власний, що є критичним для соціальної інтеграції.

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання переміщення та пересування.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Змінення основного положення тіла (d410)	Оцінювання здатності змінювати позицію тіла
2	Утримання положення тіла (d415)	Оцінювання здатності зберігати стійке положення під час різної активності
3	Перенесення себе (d420)	Оцінювання здатності переміщатися без сторонньої допомоги
4	Переміщення довкола (d455)	Оцінювання мобільності пацієнта в різних умовах

5	Переміщення за допомогою обладнання (d465)	Аналіз використання допоміжних засобів реабілітації
---	--	---

Успішне функціонування людини залежить від її здатності до адаптації в різних умовах. Ерготерапевти аналізують виконання щоденного розпорядку (d230) та поводження зі стресом (d240). Ці компоненти рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта відображено у таблиці 3.5.

Домен *виконання щоденного розпорядку (d230)* включає оцінювання здатності організувати, виконувати та підтримувати звичні щоденні завдання – від пробудження до завершення дня. Це стосується не лише побуту, а й робочих, соціальних дій та відпочинку. Ерготерапевт визначає здатність планувати послідовність завдань, наприклад, чи може людина визначити, що, коли й навіщо потрібно зробити протягом дня, чи виконує завдання у логічному порядку. Також визначає спроможність утримання структури дня, а саме чи має фіксований розпорядок (пробудження, гігієна, харчування, робота, відпочинок, сон), чи дотримується режиму сну/їжі/медикаментів. Окрім того, визначає чи може пацієнт/клієнт проявляти гнучкість і адаптація, тобто, чи здатна адаптувати свій розклад, якщо змінюються обставини, чи легко справляється зі змінами (наприклад, відміною планів, запізненням транспорту). Оцінює самоорганізацію та самоконтроль - чи вміє уникати прокрастинації та чи виконує розпочате до кінця. А також вплив зовнішніх факторів (хаос, соціальна ізоляція, перевантаження) на здатність формувати графік.

*Поводження зі стресом та іншими психологічними вимогами (d240).* Цей домен охоплює здатність ефективно справлятися з емоційними, психічними та ситуаційними навантаженнями, які виникають у щоденному житті. Це включає реакцію на конфлікти, кризи, невдачі, втрати, зміну середовища тощо. Ерготерапевт оцінює рівень стресостійкості, чи легко

пацієнт/клієнт виходить з психологічної та емоційної стабільності, як реагує на несподівані труднощі (агресія, уникнення, тривога, апатія). Поведінкові реакції - чи використовує конструктивні методи (планування, звернення по допомогу, релаксація), чи є залежності (переїдання, алкоголь, ізоляція). Емоційна регуляція - чи здатна людина визначити свої емоції та керувати ними (наприклад, дати собі час заспокоїтись перед дією), чи присутні симптоми перевантаження (паніка, безсоння, сльозливість, роздратування). Когнітивні навички під час стресу, а саме, чи зберігає пацієнт/клієнт ясність мислення під тиском, чи здатен приймати рішення у складних ситуаціях. Окрім того, ерготерапевт звертає увагу на наявність соціальних ресурсів, наприклад, чи має людина довірених осіб, чи звертається по підтримку чи ізолюється.

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання стресостійкості та планування діяльності.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Виконання щоденного розпорядку (d230)	Аналіз здатності пацієнта дотримуватися розпорядку дня та планувати активності
2	Поводження зі стресом та іншими психологічними вимогами (d240)	Оцінювання навичок адаптації до стресових ситуацій та психоемоційної стабільності

Соціальна інтеграція є ключовим компонентом функціонального стану людини. З рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пацієнта/клієнта ерготерапевт може оцінювати базові міжособистісні взаємодії (d710), що стосується спілкування та взаємодію в соціальних ситуаціях, а також інтимні стосунки (d770), оскільки ця сфера значно впливає на психологічний комфорт та якість життя людини (таблиця 3.6).

Домен базової міжособистісної взаємодії (d710) включає здатність особи встановлювати, підтримувати та завершувати міжособистісні контакти

в соціально прийнятній формі. Це базові соціальні взаємодії — привітання, підтримка розмови, зоровий контакт, дотримання соціальних норм під час спілкування. При цьому ерготерапевт спостерігає за рівнем автономії людини, наприклад, чи може самостійно налагоджувати стосунки без допомоги третіх осіб, чи не уникає контактів через страх, тривожність, бар'єри комунікації. Когнітивні навички - чи розуміє людина суть висловлювань, чи здатна адекватно реагувати на ситуацію. Також ерготерапевт звертає увагу чи здатна дотримуватися соціальних норм, чи вміє припинити розмову в належний момент, тобто, поведінкові реакції.

Домен *інтимні стосунки (d770)* описує здатність особи встановлювати та підтримувати близькі або сексуальні стосунки. Для визначення цього ерготерапевт аналізує фізичні можливості, наприклад, чи має людина фізичні обмеження, що впливають на сексуальну активність, чи потребує спеціальних поз, технік або використання допоміжних засобів. Психоемоційний стан – чи є у пацієнта/клієнта страх близькості, тривожність, депресія, що ускладнюють інтимні стосунки, чи є бар'єри у побудові довірливих стосунків. Аналізує наявність когнітивного розуміння, наприклад, чи усвідомлює людина поняття згоди, кордонів, особистого простору, чи розуміє наслідки сексуальної активності (контрацепція, ризику). А також звертає увагу на самооцінку та образ тіла, а саме, чи впливає функціональне порушення на сприйняття себе як сексуальної особистості, чи виникають труднощі з прийняттям власного тіла після травми чи хвороби.

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання соціальної взаємодії.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Базові міжособистісні взаємодії (d710)	Оцінювання соціальної взаємодії

2	Інтимні стосунки (d770)	Оцінювання рівня участі у близьких стосунках
---	-------------------------	--

Ще важливими аспектами є оцінювання функції сну (b134) та відпочинку і дозвілля (d920), які представлені у таблиці 3.7.

Домен *Функції сну (b134)* включає можливість людини засинати, підтримувати безперервний і якісний сон та прокидатися відпочившою. Ерготерапевт оцінює фізіологічні показники сну, наприклад, чи засинає пацієнт/клієнт без труднощів, чи має нічні пробудження, поверхневий сон, безсоння. Режим сну - чи дотримується стабільного режиму (час лягати спати та пробуджуватися), чи є денний сон, який порушує загальний цикл. Також аналізує якість сну, а саме: чи відчувається людиною відпочившою після сну, чи спостерігаються скарги на втому, дратівливість, когнітивні труднощі. Оцінювання психоемоційного впливу може включати визначення, чи є тривожність, депресія, що впливають на здатність заснути, чи є нічні кошмари, нічні панічні атаки. Окрім того, ерготерапевт аналізує середовище для сну, наприклад, чи сприятливі умови для сну (шум, світло, температура), чи потребує пацієнт допоміжних засобів (ортопедична подушка, матрац). А також звертає увагу на поведінкові фактори, наприклад, чи має шкідливі звички перед сном (кава, гаджети), чи дотримується гігієни сну.

Домен *відпочинок і дозвілля (d920)* охоплює участь людини у відпочинкових та дозвіллевих активностях, які виконуються заради задоволення, розслаблення, відновлення, творчої самореалізації або соціальної участі. Це можуть бути хобі, спортивні заходи, мистецтво, спілкування з друзями, перегляд фільмів тощо. При цьому ерготерапевт може звертати увагу на Здатність планувати дозвілля, а саме: чи вміє пацієнт організовувати свій вільний час, чи має хобі, інтереси, заняття, що приносять задоволення. Фізична спроможність – чи має фізичні можливості брати участь у бажаних активностях. Когнітивні функції, наприклад, чи здатен пацієнт/клієнт самостійно вибрати дозвілля, яке відповідає його інтересам та можливостям,

чи не плутає пріоритетів, витрачаючи час на шкідливі заняття. Окрім того, аналізує соціальну інтеграцію, а саме: чи відвідує заходи, зустрічається з друзями, бере участь у спільних активностях, чи не ізольований пацієнт/клієнт через бар'єри або страх спілкування. Аналізує емоційну мотивацію, тобто, чи має людина бажання і натхнення до участі у відпочинку, чи не перебуває в депресії або апатії, яка блокує включення в дозвілля. А також звертає увагу на баланс праці та відпочинку, визначаючи, чи може пацієнт чергувати активність та відпочинок, чи не «зависає» лише в одній із сфер (перевантаження роботою або, навпаки, прокрастинація).

Таблиця 3.7

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування та сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice): Блок оцінювання сон, відпочинок і дозвілля.

№	Домен функціонування (МКФ)	Роль ерготерапевта відповідно до сфери професійної діяльності (Score of Practice)
1	Функції сну (b134)	Оцінювання відпочинку та якості сну, вплив на функціональний стан
2	Відпочинок і дозвілля (d920)	Оцінювання рівня участі у дозвіллі

Щодо професійної діяльності, ерготерапевти аналізують *трудові відносини (d850)*, що включає стосується участі в оплачуваній трудовій діяльності або іншій продуктивній зайнятості, включаючи пошук роботи, працевлаштування, підтримання робочих стосунків, дотримання робочого графіка. Для цього ерготерапевт оцінює фізичні навички, наприклад, чи може людина виконувати робочі завдання з урахуванням її фізичних можливостей, чи є потреба в адаптації робочого місця, модифікації роботи або режиму праці. Когнітивні навички - чи може людина планувати, організовувати робочий процес, чи здатен пацієнт/клієнт концентруватися, пам'ятати інструкції, вирішувати завдання. Соціальні навички, наприклад, чи може людина взаємодіяти з колегами, керівництвом, клієнтами. Акцентується на професійній орієнтації, а саме, чи відповідає поточна робота можливостям і

потребам людини, чи потрібно підібрати нову сферу діяльності з урахуванням обмежень. Ерготерапевт також аналізує психоемоційний стан людини, визначаючи чи є мотивація працювати, чи спостерігається тривога, вигорання, розчарування, депресія. А також звертає увагу на баланс між роботою та особистим життям, а саме, чи не порушує трудова діяльність баланс зі здоров'ям, дозвіллям, соціальним життям людини.

Додатковою аргументацію важливості включення ерготерапевта до процесу встановлення інвалідності є порівняльним аналізом між сферами заняттєвої активності, які оцінює ерготерапевт, їх відповідними кодами та сферами в МКФ (Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я), а також співвіднесенням із статтями Загальної декларації прав людини ООН. Вона демонструє, що діяльність ерготерапевта є не лише питанням відновлення функціональних можливостей пацієнтів, а й має соціально-правовий зміст, оскільки спрямована на реалізацію основоположних прав людини.

Таблиця 3.8

Порівняльний аналіз рекомендованого загального набір з 30 доменів функціонування, сфери професійної діяльності ерготерапевта (Score of Practice) та Загальної декларації прав людини ООН.

№	Оцінювана сфера заняттєвої активності ерготерапевтом	Відповідний код та сфера МКФ	Відповідна стаття Загальної декларації прав людини ООН
1.	Активність повсякденного життя (ADLs)	Миття (d510), Догляд за частинами тіла (d520), Користування туалетом (d530), Користування одягом і взуттям (d540), Вживання їжі (d550), Піклування про власне здоров'я (d570)	Ст. 25 – Право на достойний рівень життя.
2.	Інструментальна активність повсякденного життя (IADLs)	Використання транспорту (d470) Виконання домашньої роботи (d640) Допомога іншим (d660)	Ст. 22 – Право на соціальне забезпечення та гідне існування.

3.	Соціальна участь	Базові міжособистісні взаємодії (d710)	Ст. 19 – Право на свободу переконань і їх вираження. Ст. 20 – Право на свободу мирних зборів та асоціацій.
4.	Відпочинок і сон	Функції сну (b134) Відпочинок і дозвілля (d920)	Ст. 24 – Право на відпочинок і дозвілля.
5.	Освіта	Основні сфери життя (d8)	Ст. 26 – Право на освіту.
6.	Робота	Трудові відносини (d850)	Ст. 23 – Право на працю.

До базових сфер діяльності, які оцінює ерготерапевт, належить сфера активності повсякденного життя: миття, догляд за частинами тіла, користування туалетом, одягання, вживання їжі, піклування про власне здоров'я. Ці навички відображені в доменах МКФ: d510, d520, d530, d540, d550, d570. Оцінювання яких є фундаментальною для підтримки права людини на достатній рівень життя та добробут, яке гарантовано Статтею 25 Загальної декларації прав людини. Самостійність у цих сферах дозволяє особі зберігати гідність, приватність, автономію та бути незалежною у задоволенні базових фізичних потреб.

Наступний блок сфокусований на складніших, але дуже важливих сферах самостійного функціонування людини в соціумі: використання транспорту (d470), виконання домашньої роботи (d640), допомога іншим (d660). Ерготерапевт аналізує здатність людини вести самостійне господарство, пересуватись у громадському просторі, взаємодіяти з оточенням і підтримувати інших людей. Ці домени співвідносяться із Статтею 22 Декларації, що гарантує право на соціальне забезпечення, добробут та реалізацію економічних, соціальних і культурних прав.

Важливим компонентом діяльності ерготерапевта є оцінка здатності особи до соціальної інтеграції. Сюди відноситься, зокрема, домен базових міжособистісних взаємодій (d710). Ця сфера охоплює здатність до комунікації,

формування стосунків, участі у соціальному житті. Її значення тісно пов'язане з правом на свободу переконань, думки, спілкування та свободу мирних зборів і асоціацій, закріпленими у Статтях 19 та 20 Декларації. Ерготерапевт допомагає людині долати бар'єри в спілкуванні, відновлювати вміння брати участь у громадському житті, сприяючи таким чином її соціальній реалізації та гідності.

Наступна сфера охоплює потребу людини у якісному відпочинку, сні та участі у дозвіллевих активностях. Це домени: функції сну (b134) та відпочинок і дозвілля (d920). Оцінюючи ці сфери, ерготерапевт приділяє увагу здатності особи відновлювати фізичні та психоемоційні ресурси, брати участь у культурних, спортивних і розважальних заходах. Ці потреби закріплені у Статті 24 Декларації, яка проголошує право на відпочинок, дозвілля, обмеження робочого часу та періодичні відпустки.

У таблиці також розглядається сфера, що стосується навчання та професійної підготовки — домен основних сфер життя (d8), в якому ерготерапевт оцінює можливості людини в отриманні освіти та розвитку навичок. Це безпосередньо співвідноситься із Статтею 26 Декларації, яка гарантує право кожної людини на освіту. Ерготерапевт, аналізуючи функціональний стан пацієнта, визначає бар'єри для участі в освітньому процесі та можливості їх усунення.

Особливо важливою в роботі ерготерапевта є оцінка домену трудових відносин (d850) — здатності людини працювати, підтримувати робочі стосунки, дотримуватися режиму роботи. Цей домен безпосередньо пов'язаний із Статтею 23 Декларації, яка гарантує право на працю, справедливі та сприятливі умови праці, вільний вибір професії, захист від безробіття. Ерготерапевт проводить оцінку працездатності та потреби в адаптації робочого середовища для забезпечення цього права.

Таким чином, порівняльний аналіз є ілюстрацією того, що ерготерапія — це практична реалізація прав людини на гідність, незалежність та участь у житті суспільства. Кожен оцінюваний ерготерапевтом домен функціонування

напрямую пов'язаний із конкретними положеннями Загальної декларації прав людини і дозволяє забезпечити:

- Особисту автономію та незалежність
- Право на належний рівень життя
- Соціальну та професійну інтеграцію
- Реалізацію освітніх, трудових та дозвілєвих прав
- Психоемоційне благополуччя та відновлення

Таким чином, аналіз цих документів дає можливість розглянути на роль ерготерапевта не лише як фахівця який здатен відновити здатність людини виконувати заняттєву активність, а як провайдера прав людини в системі охорони здоров'я та соціальної політики.

Аналізуючи рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я за НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» для опису функціонування пацієнта, який затверджений Міністерством охорони здоров'я України, і співставляючи його компоненти зі сферою професійної діяльності ерготерапевта, очевидно, що саме ерготерапевт володіє необхідними компетентностями та має відповідні знання і уміння для того, щоб здійснювати оцінювання 80% доменів цього набору. І це підкреслює унікальну і важливу роль ерготерапевта в складі експертних комісій з оцінювання повсякденного функціонування (колишнє МСЕК).

### **3.2 Результати опитування ерготерапетів щодо частоти оцінюваних доменів, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.**

В цьому підрозділі представлено результати опитування практикуючих ерготерапевтів. Метою опитування стало визначити, які компоненти (коди) рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я ерготерапевти під час своєї

практичної діяльності мають можливість оцінити, працюючи в певному періоді реабілітації (гострому, післягострому, довготривалому).

В опитуванні взяли участь 32 респонденти, які є практикуючими ерготерапевти з різних областей України. Переважна частина респондентів (понад 70%) надають послуги в післягострій період, в стаціонарних умовах.

Результати опитування щодо орієнтації у своїй практиці на компоненти з рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування, структуровані за тим самим принципом, та в тій послідовності, що і проведений порівняльний аналіз в попередньому підрозділі.

Таким чином, отримані наступні результати щодо частоти оцінювання функцій у пацієнтів представлено нижче. Респонденти мали 5 типових варіантів відповіді, які стосуються часто оцінювання того чи іншого домену МКФ. Варіанти відповідей були наступні: майже завжди використовую оцінювання вказаного у запитанні домену - 76-100% випадків роботи з пацієнтами/клієнтами; часто оцінюю – 51-75% випадків; оцінюю в середньому у 31-50% випадків; оцінюю рідко – 16-30% випадків; майже не оцінюю – 0-15% випадків.

*Функції енергії та спонукання до дії (b130)* - більшість ерготерапевтів (понад 68%) або не оцінюють цей домен, або роблять це рідко, а саме:

- 28,1% респондентів зазначили, що майже не оцінюють цей домен (у 1-15% випадків);
- 21,9% взагалі не оцінюють;
- 15,6% оцінюють майже завжди (76-100% випадків);
- 18,8% оцінюють рідко (16-30% випадків);
- 9,4% оцінюють часто (51-75% випадків);
- 6,2% оцінюють у 31-50% випадків.

*Емоційні функції (b152)*. Оцінювання цього домену розподілене рівномірно; є як ті, хто робить це регулярно, так і ті, хто зовсім не оцінює. Розподіл наступний:

- 25,0% респондентів оцінюють рідко (16-30% випадків);

- 25,0% оцінюють часто (51-75% випадків);
- 15,6% – майже не оцінюють (1-15% випадків);
- 12,5% оцінюють у 31-50% випадків;
- 12,5% оцінюють майже завжди;
- 9,4% – взагалі не оцінюють.

*Сприйняття болю (b280)* - це один із найбільш системно оцінюваних доменів — понад 84% фахівців роблять це часто або завжди, а саме:

- 50,0% респондентів оцінюють майже завжди (76-100% випадків);
- 18,8% – часто (51-75% випадків);
- 15,6% – у 31-50% випадків;
- 9,4% – рідко (16-30%);
- 3,1% – дуже рідко (1-15%);
- 3,1% – взагалі не оцінюють.

*Функції толерантності до фізичного навантаження (b455)*. Більшість респондентів оцінюють цей домен регулярно:

- 25,0% оцінюють у 31-50% випадків;
- 25,0% – часто (51-75%);
- 25,0% – майже завжди (76-100%);
- 12,5% – рідко (16-30%);
- 9,4% – дуже рідко (1-15%).
- 3,1% – взагалі не оцінюють.

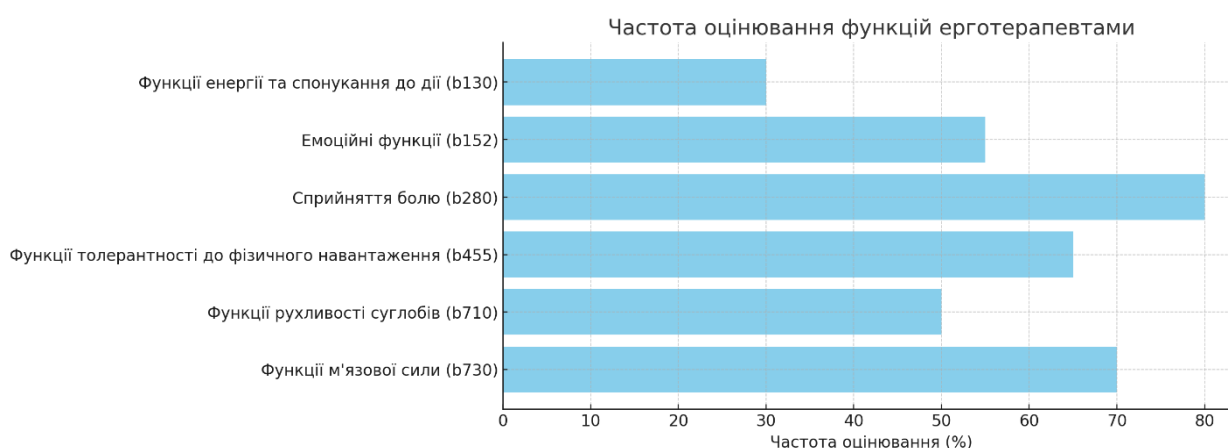
*Функції рухливості суглобів (b710)*. Цей домен оцінюється стабільно та регулярно переважною більшістю респондентів.

- 53,1% оцінюють майже завжди (76-100%);
- 21,9% – часто (51-75%);
- 15,6% – у 31-50% випадків;
- 6,2% – рідко (16-30%);
- 3,1% – взагалі не оцінюють.

*Функції м'язової сили (b730)* – це один з найчастіше оцінюваних доменів серед усіх зазначених — 76% фахівців роблять це завжди або часто.

- 59,4% оцінюють майже завжди (76-100%);
- 25,0% – часто (51-75%);
- 12,5% – у 31-50% випадків;
- 3,1% – взагалі не оцінюють.

Нижче представлена діаграма 3.1, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами функцій організму, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.1 Частота оцінювання ерготерапевтами функцій організму, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Загалом, фізичні показники (біль, сила м'язів, рухливість суглобів) оцінюються найчастіше, тоді як емоційні та функції енергії мають нижчий рівень уваги серед опитувальних.

Щодо частоти з якою ерготерапевти оцінюють домени активності повсякденного життя (ADL) отримані результати представлені нижче.

*Миття (d510)* - переважна більшість фахівців (84,4%) регулярно оцінюють цей домен:

- 65,6% майже завжди оцінюють (76–100% випадків);
- 18,8% часто (51–75%);
- 12,5% у 31–50% випадків;
- 3,1% взагалі не оцінюють.

*Догляд за частинами тіла (d520)* домінує системне оцінювання — понад 90% фахівців включають цей домен у процес оцінювання пацієнтів/клієнтів:

- 71,9% — майже завжди;
- 18,8% — часто;
- 3,1% — у 31–50%;
- 3,1% — майже не оцінюють (1–15%);
- 3,1% — взагалі не оцінюють.

*Користування туалетом (d530)* - цей домен оцінюється постійно більшістю респондентів:

- 65,6% — майже завжди;
- 21,9% — часто;
- 6,2% — майже не оцінюють;
- 3,1% — рідко;
- 3,1% — взагалі не оцінюють.

*Користування одягом і взуттям (d540)* є одним з найчастіше оцінюваних доменів:

- 75,0% — майже завжди;
- 18,8% — часто;
- 3,1% — рідко;
- 3,1% — у 31–50%.

*Вживання їжі (d550)* також є найбільш стабільно оцінюваний домен серед активності повсякденного життя:

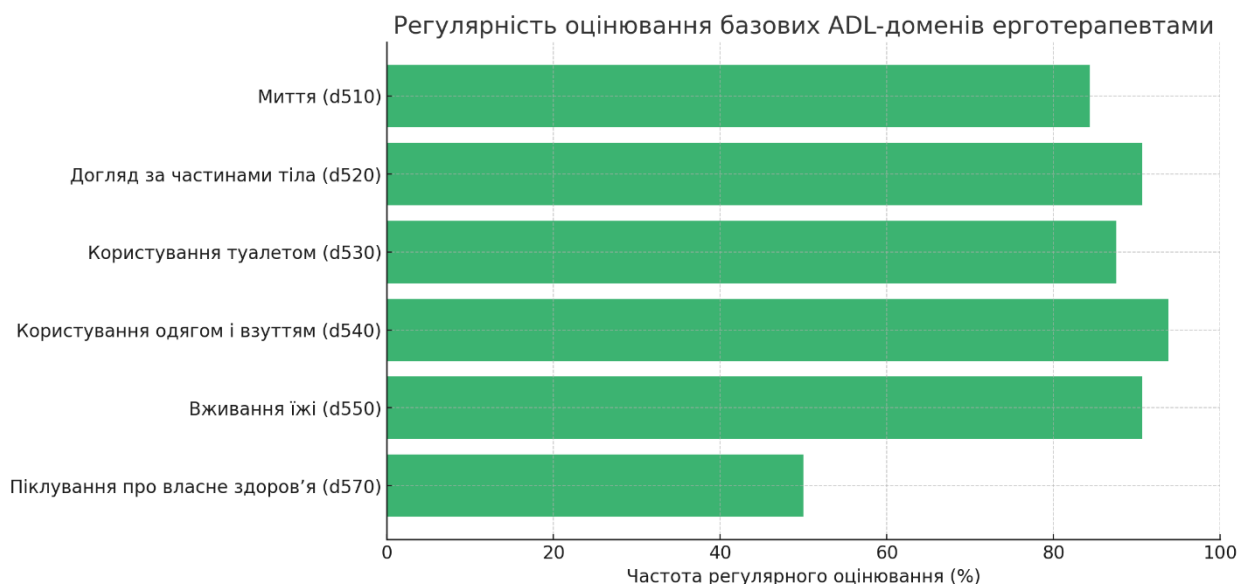
- 78,1% — майже завжди;
- 12,5% — часто;
- 6,2% — у 31–50%;
- 3,1% — взагалі не оцінюють.

*Піклування про власне здоров'я (d570)* є менш системно оцінюваним доменом порівняно з іншими доменами активності повсякденного життя:

- 34,4% — майже завжди;
- 15,6% — часто;
- 18,8% — у 31–50%;
- 21,9% — рідко;

- 6,2% — взагалі не оцінюють;
- 3,1% — майже не оцінюють.

Нижче представлена діаграма 3.2, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами доменів активності повсякденного життя, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.2 Частота оцінювання ерготерапевтами доменів активності повсякденного життя, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Оцінювання основних навичок самообслуговування є стійкою практикою в роботі ерготерапевтів відповідно до результатів опитування. Проте сфера, пов'язана зі здатністю піклуватися про власне здоров'я, має менший фокус уваги серед респондентів.

Вживання їжі (d550), користування одягом і взуттям (d540), миття (d510) та догляд за частинами тіла (d520) оцінюються регулярно у понад 80% випадків. Це свідчить про системну клінічну практику, де навички гігієни, харчування та одягання вважаються критично важливими для відновлення автономії пацієнта. Користування туалетом (d530) також має високу частоту оцінювання — понад 87% фахівців зазначають, що роблять це часто або завжди. Піклування про власне здоров'я (d570) оцінюється менш системно: лише половина респондентів включає цей домен до регулярної оцінки.

Це може свідчити про недостатню інтеграцію теми самоменеджменту здоров'я в поточну практику.

Щодо частоти з якою ерготерапевти оцінюють домени інструментальної активності повсякденного життя (ADL) отримані результати представлені нижче.

*Використання транспорту (d470)* – цей домен оцінюється нерівномірно, із тенденцією до помірного включення у процес оцінювання.

- 25,0% — оцінюють у 31–50% випадків;
- 18,8% — часто (51–75%);
- 15,6% — взагалі не оцінюють;
- 15,6% — рідко (16–30%);
- 12,5% — майже завжди (76–100%);
- 12,5% — майже не оцінюють (1–15%).

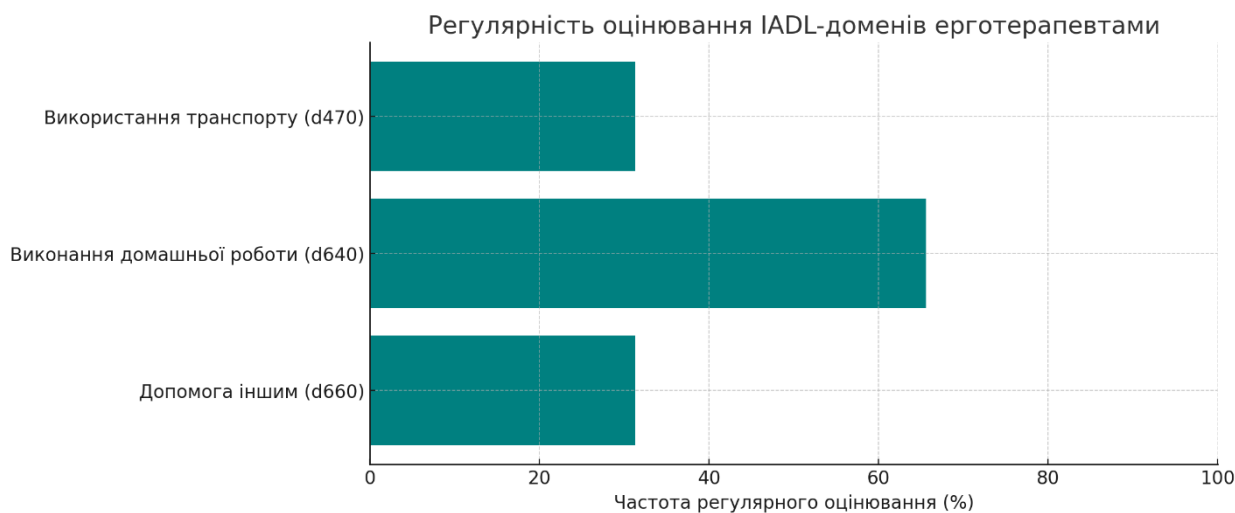
*Виконання домашньої роботи (d640)*. Цей домен є одним з найбільш часто оцінюваних серед інструментальної активності повсякденного життя.

- 37,5% — майже завжди;
- 28,1% — часто;
- 15,6% — майже не оцінюють;
- 9,4% — у 31–50% випадків;
- 6,2% — взагалі не оцінюють;
- 3,1% — рідко (16–30%).

*Допомога іншим (d660)* оцінюється приблизно половиною респондентів у помірному або рідкому обсязі.

- 25,0% — оцінюють у 31–50% випадків;
- 25,0% — рідко (16–30%);
- 18,8% — часто;
- 12,5% — майже завжди;
- 9,4% — взагалі не оцінюють;
- 9,4% — майже не оцінюють (1–15%).

Нижче представлена діаграма 3.3, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами доменів інструментальної активності повсякденного життя, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.3 Частота оцінювання ерготерапевтами доменів інструментальної активності повсякденного життя, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Таким чином, виконання домашньої роботи (d640) має найвищу частоту регулярного оцінювання: понад 65% респондентів зазначили, що оцінюють цей домен часто або майже завжди. Це свідчить про те, що ця активність сприймається як ключова у повсякденному функціонуванні клієнта. Допомога іншим (d660) оцінюється помітно рідше, хоча 31,3% респондентів все ж включають цей домен у регулярне оцінювання. Це може свідчити про меншу клінічну увагу до соціальних ролей клієнтів. Використання транспорту (d470) є найменш системно оцінюваним із трьох доменів — лише 31,3% фахівців зазначили, що оцінюють цей домен регулярно. Ймовірно, це пов'язано з тим, що частина пацієнтів не використовує транспорт, або ж це вважається менш пріоритетною сферою в умовах гострої чи післягострої реабілітації.

Результати аналізу частоти з якою ерготерапевти оцінюють домени переміщення та пересування представлені нижче.

*Змінення положення тіла (d410).* Більше 84% респондентів оцінюють цей домен регулярно:

- 53,1% — майже завжди оцінюють;
- 31,2% — часто;
- 6,2% — у 31–50% випадків;
- 6,2% — взагалі не оцінюють;
- 3,1% — рідко (16–30%).

*Утримання положення тіла (d415).* Домінує регулярне оцінювання — понад 90% включають цей аспект у практику:

- 59,4% — майже завжди;
- 31,2% — часто;
- 9,4% — у 31–50%.

*Перенесення себе (d420).* Близько 75% фахівців оцінюють цей домен регулярно, однак є незначна частка, яка його ігнорує:

- 43,8% — майже завжди;
- 31,2% — часто;
- 12,5% — у 31–50%;
- 6,2% — взагалі не оцінюють;
- 3,1% — майже не оцінюють;
- 3,1% — рідко.

*Переміщення довкола (d455).* Загалом понад 78% оцінюють цей домен у більшості випадків:

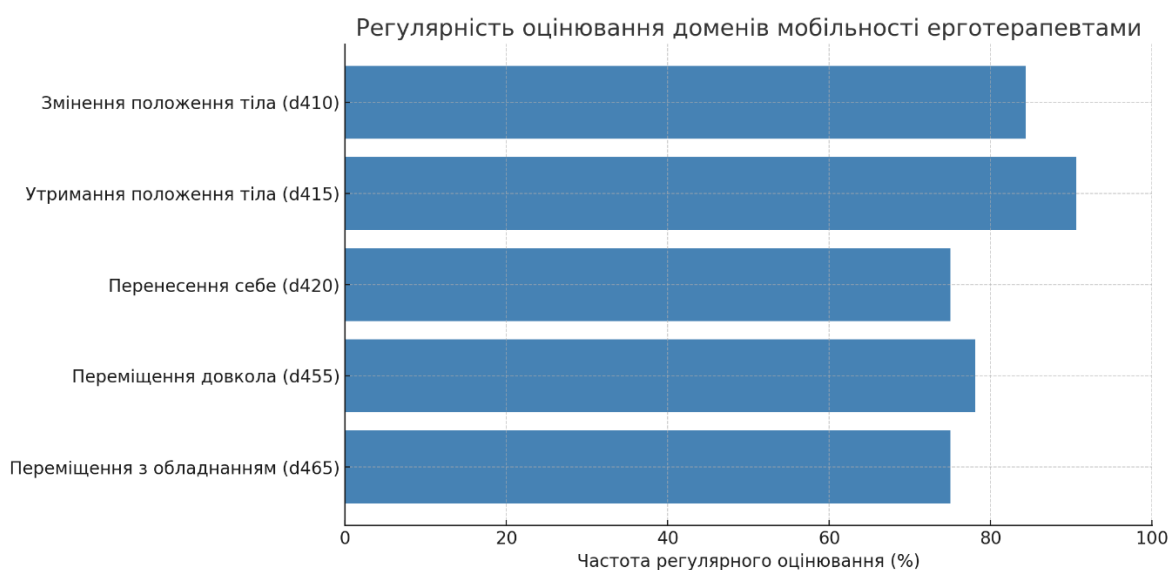
- 40,6% — часто;
- 37,5% — майже завжди;
- 12,5% — у 31–50%;
- 3,1% — рідко;
- 3,1% — майже не оцінюють;
- 3,1% — взагалі не оцінюють.

*Переміщення за допомогою обладнання (d465).* Загалом 75% респондентів регулярно оцінюють переміщення за допомогою допоміжних засобів:

- 40,6% — часто;

- 34,4% — майже завжди;
- 12,5% — оцінюють у 31–50% випадків;
- 6,2% — рідко;
- 3,1% — майже не оцінюють;
- 3,1% — взагалі не оцінюють.

Нижче представлена діаграма 3.4, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами доменів переміщення та пересування, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.4 Частота оцінювання ерготерапевтами доменів переміщення та пересування, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Нижче представлено аналіз частоти оцінювання ерготерапевтами двох важливих доменів, пов'язаних з організацією активності та психологічною адаптацією.

*Виконання щоденного розпорядку (d230).* Понад 78% респондентів оцінюють щоденний розпорядок регулярно.

- 40,6% — часто (51–75%);
- 37,5% — майже завжди оцінюють (76–100%);
- 9,4% — взагалі не оцінюють;
- 6,2% — у 31–50% випадків;

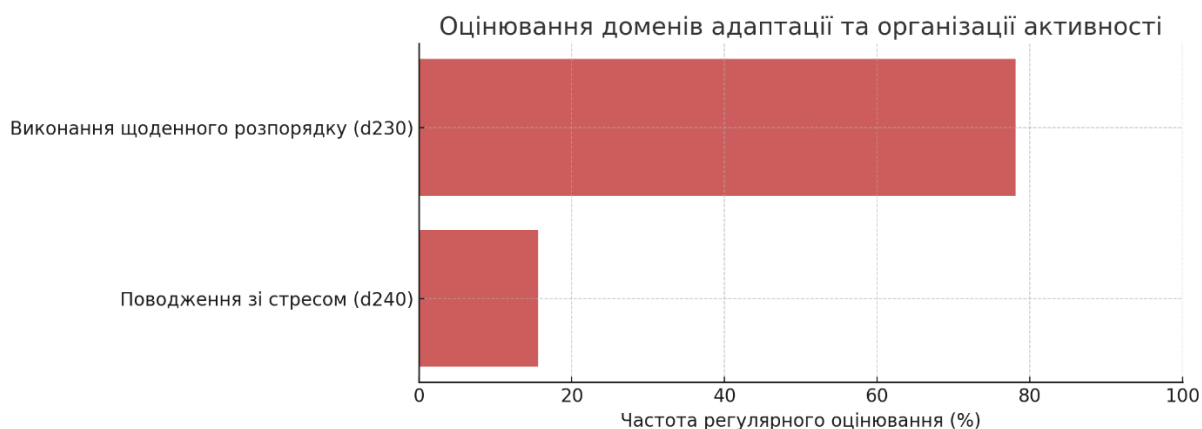
- 6,2% — рідко (16–30%).

*Поводження зі стресом та іншими психологічними вимогами (d240).*

Цей домен недооцінюється: понад 50% фахівців або не включають його до оцінювання, або роблять це вкрай рідко.

- 28,1% — взагалі не оцінюють;
- 25,0% — майже не оцінюють;
- 18,8% — оцінюють у 31–50% випадків;
- 12,5% — часто;
- 12,5% — рідко;
- 3,1% — майже завжди.

Нижче представлена діаграма 3.5, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами доменів стресостійкості та планування діяльності, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.5 Частота оцінювання ерготерапевтами доменів організації активності та психологічної адаптації, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Графік демонструє різкий контраст у практиці ерготерапевтів щодо цих двох доменів. Так, виконання щоденного розпорядку (d230) оцінюється регулярно понад 78% респондентів — або часто, або майже завжди. Водночас, регулярне оцінювання домену поведження зі стресом та іншими психологічними вимогами (d240) проводять лише близько 15% опитаних, тоді як понад 50% або зовсім не оцінюють, або роблять це рідко.

Нижче представлено результати аналізу опитування ерготерапевтів для визначення, з якою частотою ерготерапевти оцінюють соціальні домени, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

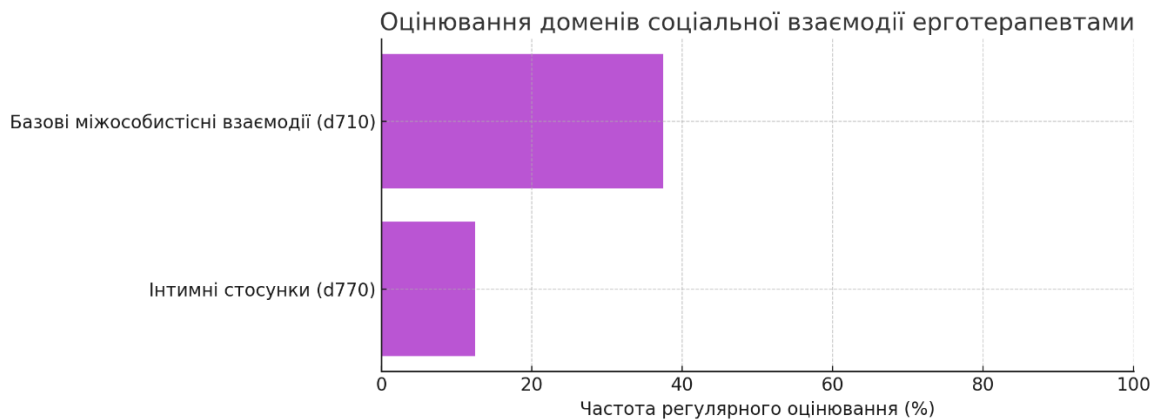
*Базові міжособистісні взаємодії (d710).* Цей домен оцінюється часто або помірно у більшості випадків (понад 55%), але лише менше 10% включають його в практику майже завжди.

- 28,1% — оцінюють рідко (16–30%);
- 28,1% — часто (51–75%);
- 18,8% — у 31–50% випадків;
- 9,4% — майже завжди (76–100%);
- 9,4% — взагалі не оцінюють;
- 6,2% — майже не оцінюють (1–15%).

*Інтимні стосунки (d770).* Сфера інтимних стосунків є найменш оцінюваною: понад 60% респондентів зазначили, що або взагалі не оцінюють цей домен, або роблять це дуже рідко.

- 37,5% — взагалі не оцінюють;
- 25,0% — майже не оцінюють (1–15%);
- 15,6% — рідко (16–30%);
- 12,5% — часто;
- 9,4% — у 31–50% випадків.

Нижче представлена діаграма 3.6, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами соціальної домени, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



Діаграма 3.6 Частота оцінювання ерготерапевтами соціальних доменів, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Аналіз чітко демонструє нерівномірність у практиці оцінювання соціальних аспектів функціонування клієнтів. Домен базові міжособистісні взаємодії (d710) оцінюється регулярно понад 37% ерготерапевтів (у 51–100% випадків), що свідчить про відносно стабільну інтеграцію міжособистісних відносин у процес реабілітації. Проте решта фахівців включають його епізодично або рідко. Домен інтимні стосунки (d770) практично не оцінюється: лише 12,5% респондентів включають його до регулярного аналізу, тоді як більшість взагалі його ігнорує або робить це дуже рідко.

Нижче описаний аналіз частоти оцінювання доменів з рекомендованого загального набору з 30 доменів функціонування пов'язаних із сном і дозвіллям, за результатами опитування ерготерапевтів.

*Функції сну (b134).* Оцінювання функцій сну дуже варіативне, і лише 28,1% респондентів оцінюють цей домен регулярно:

- 21,9% — взагалі не оцінюють;
- 21,9% — часто (51–75%);
- 18,8% — рідко (16–30%);
- 15,6% — майже не оцінюють (1–15%);
- 15,6% — у 31–50% випадків;
- 6,2% — майже завжди.

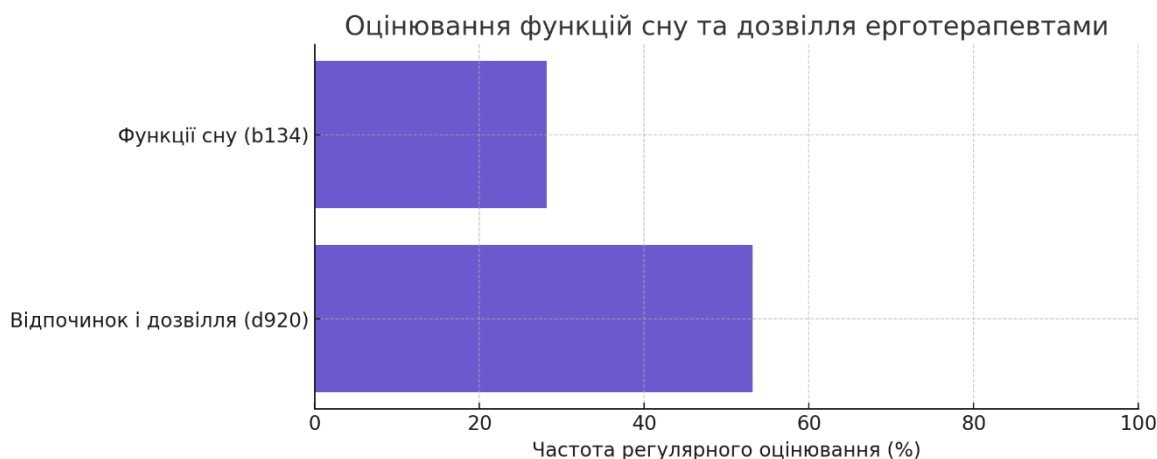
*Відпочинок і дозвілля (d920).* Цей домен оцінюється значно регулярніше: понад 53% респондентів включають його до щоденної практики. Це свідчить

про визнання ролі відпочинку, захоплень і соціальних активностей у відновленні функціонування:

- 31,2% — часто;
- 21,9% — майже завжди;
- 21,9% — у 31–50% випадків;
- 9,4% — рідко;
- 9,4% — майже не оцінюють;
- 6,2% — взагалі не оцінюють.

Хоча відпочинок і дозвілля є доволі стабільним компонентом у процесі оцінювання, функції сну залишаються недостатньо врахованими, попри їхній прямий вплив на рівень енергії, мотивацію та участь у повсякденному житті.

Нижче представлена діаграма 3.7, яка відображає частоту оцінювання ерготерапевтами доменів, пов'язаних із сном, відпочинком і дозвіллям, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.



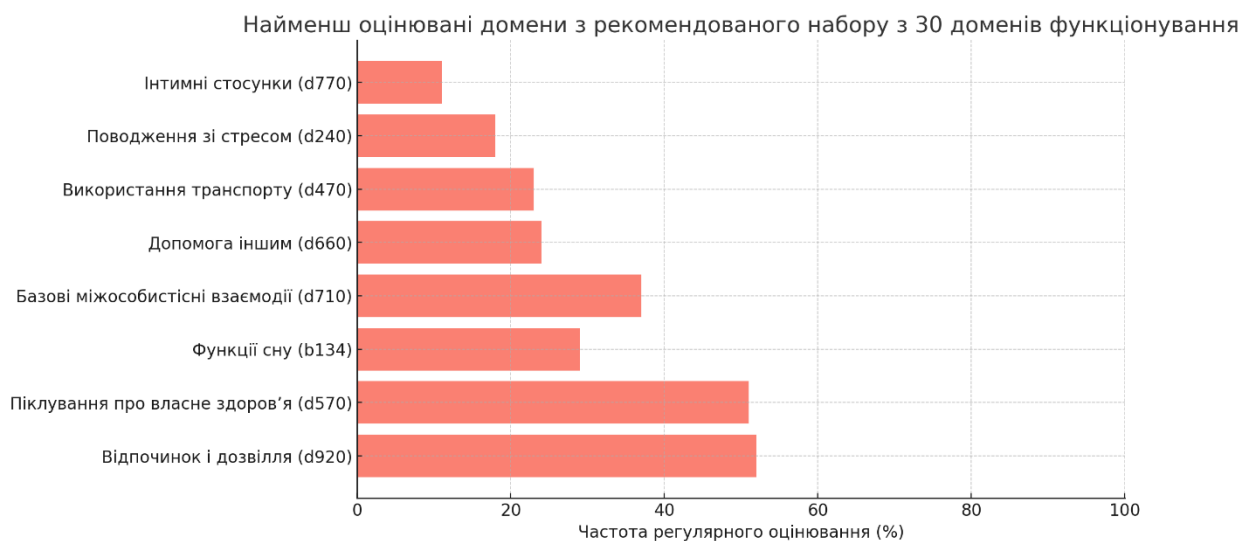
Діаграма 3.7. Частота оцінювання ерготерапевтами соціальних доменів, які входять у рекомендований загальний набір з 30 доменів функціонування.

Аналіз демонструє значну різницю у частоті оцінювання між цими двома доменами. Домен відпочинок і дозвілля (d920) оцінюється регулярно понад 53% респондентів (у 51–100% випадків).

Лише 28% респондентів оцінюють домен функції сну (b134) регулярно, а ще близько 22% — взагалі не враховують функції сну у своїй практиці. Це вказує на суттєву прогалину в оцінці фізіологічного відновлення, хоча якість

сну прямо впливає на енергію, мотивацію, психоемоційний стан та участь у повсякденному житті.

Ерготерапевти значно частіше включають дозвілля у процес оцінки, ніж функції сну, хоча обидва ці компоненти є невід’ємними елементами збалансованого функціонування людини.



Діаграма 3.8. Найменш оцінювані домени ерготерапевтами з рекомендованого загального набору з 30 domenів функціонування.

Відповідно до результатів аналізу можна сформулювати дві гіпотези щодо причин низької частоти оцінювання вказаних у діаграмі 3.8 domenів. По-перше, простежується неможливість врахувати всі необхідні домени функціонування на післягострому періоді реабілітації. Отже, процес визначення рівня функціонування особи повинен відбуватися на довготривалому періоді реабілітації для уможливлення всебічного оцінювання пацієнта/клієнта. По-друге, вбачається потреба у розширенні фокусу професійної діяльності, адже більшість респондентів не враховують психологічної стійкості, сну та деяких аспектів активності повсякденного життя та інструментальної активності повсякденного життя у свою практичну діяльність. Так само, незначна увага приділяється оцінюванню здатності пацієнта/клієнта до інтимних стосунків, можливо, через високу чутливість цієї теми та брак освітніх ресурсів для фахівців щодо цієї теми.

## ВИСНОВКИ

У результаті виконання дипломного дослідження, присвяченого аналізу потенційної ролі ерготерапевта у процесі встановлення інвалідності, із врахуванням принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), було реалізовано всі поставлені завдання та досягнуто основної мети дослідження.

1. Нормативно-правовий аналіз виявив, що чинна система встановлення інвалідності в Україні зберігає переважно медико-біологічний підхід, орієнтований на діагноз і патологію. Основні механізми оцінювання не охоплюють функціональні, соціальні та контекстуальні аспекти життя особи. Станом на сьогодні ключовим критерієм для визначення інвалідності залишається ступінь морфологічного ураження організму, а не здатність особи до участі у соціальному житті. Такий підхід суперечить сучасним міжнародним стандартам, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка акцентує на функціональних можливостях і бар'єрах у середовищі.

2. Проаналізоване реформування системи визначення інвалідності в Україні засвідчує часткову інтеграцію принципів МКФ, проте зміни носять фрагментарний характер. Наявні пілотні ініціативи, методичні рекомендації та навчальні проєкти демонструють потенціал нового підходу, однак відсутність єдиного нормативного механізму, міжпрофесійних протоколів та достатнього кадрового забезпечення гальмує впровадження інструментів функціонального оцінювання в практику експертизи.

3. МКФ, як міжнародно визнана класифікація, дає змогу здійснювати всебічну, міжпрофесійну, прозору та стандартизовану оцінку функціонального стану особи. Її застосування дозволяє відійти від діагнозоцентризму та надати пріоритет оцінці реальних потреб людини, її життєвих обмежень і можливостей у конкретному середовищі. Це забезпечує

можливість формулювання персоналізованих рішень щодо статусу інвалідності, що є ключовим для соціальної справедливості та прав людини.

4. Аналіз професійної діяльності ерготерапевта вказує на її пряму відповідність структурі МКФ. Ерготерапевти володіють фаховими інструментами для оцінки активності, участі, факторів середовища, особистих бар'єрів і потенціалу людини. Вони мають унікальні компетентності для об'єктивної оцінки впливу стану здоров'я на повсякденне життя — зокрема на здатність до самообслуговування, виконання домашніх і професійних обов'язків, участі у суспільному житті.

5. Емпіричне дослідження, яке охопило порівняльний аналіз доменів функціонування відповідно до НК 030:2022, професійної діяльності ерготерапевта та положень Загальної декларації прав людини, підтвердило високу відповідність між практикою ерготерапії, принципами прав людини та функціональними критеріями МКФ. Ерготерапевти щоденно працюють з тими аспектами функціонування, які мають бути враховані під час встановлення інвалідності — такими як мобільність, комунікація, користування предметами побуту, орієнтація, самообслуговування, здатність до навчання й праці.

6. Опитування практикуючих ерготерапевтів показало, що ці фахівці вже активно використовують принципи МКФ у своїй повсякденній роботі. Найбільш часто оцінюваними сферами є самообслуговування, мобільність, користування предметами, планування дій, когнітивні функції. Це підтверджує готовність ерготерапевтів до участі в міждисциплінарному процесі експертизи функціонування. При цьому фахівці відзначили обмежену нормативну підтримку своєї участі в процесі встановлення інвалідності та потребу у створенні відповідних протоколів і стандартів.

Участь ерготерапевта у процесі встановлення інвалідності має значний потенціал. З огляду на міжнародний досвід, особливо у країнах із розвинутою системою реабілітації (Канада, Швеція, Ізраїль), ерготерапевти є невід'ємною частиною мультидисциплінарних команд експертів. Вони здійснюють оцінку

реального рівня функціонування особи, що суттєво підвищує обґрунтованість та об'єктивність рішень щодо інвалідності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Відомості Верховної Ради України. 2005;(2961-IV).
2. Постанова Кабінету Міністрів України №1317 від 03.12.2009 р. «Питання медико-соціальної експертизи».
3. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 502 від 05.09.2011 «Про організацію роботи медико-соціальних експертних комісій».
4. Порядок направлення на МСЕК. МОЗ України. Наказ № 12 від 08.01.2007.
5. Наказ МОЗ України № 110 від 07.03.2002 «Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №088/о».
6. Інструкція щодо форми №088/о. МОЗ України. 2018.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
8. Куліш А.Ю. Медико-соціальна експертиза: навч. посіб. Київ: Медицина; 2020.
9. Індивідуальна програма реабілітації. МОЗ України. 2022.
10. Юридичний poradnik для осіб з інвалідністю. Київ: Правозахисний центр; 2019.
11. Наказ МОЗ № 649 від 05.11.2015 «Про затвердження переліку захворювань, за яких інвалідність встановлюється безстроково».
12. Звіт Міністерства охорони здоров'я України про діяльність МСЕК у 2023 році.
13. Мінцифра України. Презентація проєкту «Е-інвалідність». 2023.
14. Дуднік О.О. Біопсихосоціальна модель інвалідності: сучасний стан і перспективи. СоцМедицина. 2021;4(2):44-49.
15. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості ВРУ. 1993;(№4).

16. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Відомості ВРУ. 2005;(2961-IV).
17. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». Відомості ВРУ. 1991;(№875-XII).
18. Постанова КМУ №1317 від 03.12.2009 р. «Питання медико-соціальної експертизи».
19. Наказ МОЗ України №502 від 05.09.2011 р. «Про організацію роботи МСЕК».
20. Наказ МОЗ України №110 від 07.03.2002 р. «Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми №088/о».
21. Наказ МОЗ України №649 від 05.11.2015 р. «Про затвердження переліку захворювань, за яких інвалідність встановлюється безстроково».
22. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
23. Закон України «Про звернення громадян». Відомості ВРУ. 1996;(№393/96-ВР).
24. Закон України «Про зайнятість населення». Відомості ВРУ. 2012;(№5067-VI).
25. Конституція України. Відомості ВРУ. 1996;(№254к/96-ВР).
26. Постанова КМУ №225 від 07.03.2022 р. «Деякі питання проведення МСЕК в умовах воєнного стану».
27. Постанова КМУ №225; Офіційний вісник України. 2022;(23).
28. Наказ МОЗ №1831 від 22.10.2022 р. «Про впровадження пілотного проєкту з електронного направлення на МСЕК».
29. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006. [Internet].
30. Мінсоцполітики України. Аналітична записка щодо потреби в реформі МСЕК. 2021.
31. ВООЗ. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011.

32. Проєкт USAID «Підтримка реформи системи інвалідності в Україні». Звіт. 2022.
33. Мінцифра. Електронний кабінет особи з інвалідністю [Internet]. 2023.
34. МОЗ України. Методичні рекомендації щодо впровадження МКФ. Наказ №1123, 2020.
35. Світовий банк. Disability Assessment Reform Toolkit. Washington; 2019.
36. Лозинська Н. Практичне застосування шкал оцінки функціонування. СоцМедицина. 2022;4(1):23–29.
37. Постанова КМУ №1414 від 29.12.2022 р. «Про інтеграцію державних реєстрів».
38. Наказ МОЗ України №1452 від 11.11.2020 р. «Про стратегію впровадження МКФ».
39. Звіт про результати пілотного проєкту щодо МКФ. МОЗ України. 2023.
40. Лобода І. Проблеми підготовки кадрів до роботи з МКФ. Медична освіта. 2022;(3):44–48.
41. БФ «Право на гідність». Моніторинг впровадження цифрових послуг для осіб з інвалідністю. 2023.
42. WHO Ukraine. Training Package for Functional Assessment. Geneva–Kyiv; 2023.
43. Концепція створення Національної служби оцінки функціональних обмежень. Мінсоцполітики. 2023.
44. Державна стратегія реабілітації до 2030 року. КМУ. 2023.
45. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006.
46. European Commission. Disability Assessment Systems in Europe. Brussels; 2020.

47. WHO. Reimagining disability: from impairment to inclusion. Geneva; 2022.
48. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
49. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health: Short Version. Geneva: WHO; 2002.
50. Simeonsson RJ. Linking children's developmental and functional profiles with classification systems. *Disability & Rehabilitation*. 2009;31(12):933–940.
51. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status measurement in health surveys. *Nonfatal Health Outcomes*. 2003;48(8):1139–1146.
52. Zeltner T, Lutz W, Bickenbach J. From impairment to participation: the WHO model revisited. *Lancet Public Health*. 2020;5(10):e540–e541.
53. МОЗ України. Наказ №1452 від 11.11.2020 р. «Про стратегію впровадження МКФ в Україні».
54. WHO Ukraine. Pilot ICF-based Disability Assessment in Ukraine. Kyiv: WHO; 2023.
55. Handicap International. Digital ICF Tools for Functional Assessment. Brussels; 2022.
56. Kostanjsek N. Use of ICF in Rehabilitation Settings: a guide for clinicians. WHO; 2018.
57. Rauch A, Cieza A, Stucki G. ICF core sets for rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2005;(37):1–8.
58. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006.
59. Міністерство соціальної політики України. Концепція трансформації системи інвалідності. 2024.
60. WHO. Reimagining disability: from impairment to inclusion. Geneva; 2022.

61. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *Am J Occup Ther.* 2020;74(Suppl 2):7412410010p1–7412410010p87.
62. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
63. European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). Occupational therapy in disability assessment in Europe. Brussels; 2021.
64. Law M, Baptiste S, Carswell A, et al. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). 5th ed. CAOT Publications; 2014.
65. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Fort Collins: Three Star Press; 2003.
66. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
67. Townsend E, Polatajko H. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT; 2013.
68. WFOT. Occupational Therapy and Prevention: Position Statement. Geneva; 2016.
69. Haak M, Slaug B, Oswald F, Schmidt S, Rimland JM, Iwarsson S. Evaluation of mobility-related participation among very old people: validation of the harmonised version of the Life-Space Assessment. *Eur J Ageing.* 2015;12(4):321–330.
70. Royal College of Occupational Therapists. Occupational therapy in adult social care in the UK. London; 2019.
71. Canadian Association of Occupational Therapists. Occupational therapy in functional capacity evaluations. Ottawa; 2018.
72. McColl MA, Law M, Stewart D, Doubt L, Pollock N. Theoretical basis of occupational therapy. Thorofare: SLACK; 2003.

73. Wressle E, Samuelsson K. Functional capacity evaluation and occupational performance: Use in disability determination. *Work*. 2012;41(3):307–314.
74. Tartu Health Care College. Curriculum in Occupational Therapy [Internet]. 2024.
75. Ministry of Health of Ukraine. Draft provisions for multidisciplinary disability assessment teams. Kyiv; 2024.
76. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006.