

ISSN 1996-353X

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Офіційний журнал
Українського товариства Фізичної та реабілітаційної медицини

Ukrainian Journal of Physical and Rehabilitation Medicine

Official Journal of
Ukrainian Society of Physical and Rehabilitatoin Medicine

www.ujprm.com

№2 (02)
2018

ДОДАТОК

БІЛА КНИГА З Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини



ISSN 1996-353X

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Офіційний журнал
Українського товариства Фізичної та реабілітаційної медицини

UKRAINIAN JOURNAL OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE

Official Journal of
Ukrainian Society of Physical and Rehabilitatoin Medicine

www.ujprm.com

**№2 (02)
2018**

ДОДАТОК

Головний редактор:
Владимиров О.А. (Київ)

Chairman Of The Editorial Board:
Vladymyrov O.A. (Kiyv)

Члени редколегії:

Алипова О.Е. (Запоріжжя), Анкін М.Л. (Київ),
Васильєва-Лінецька Л.Я. (Харків),
Владимиrowa Н.І. (Київ), Голик В.А. (Дніпро),
Губенко В.П. (Київ), Драновський А.Л. (Трускавець),
Колісник П.Ф. (Вінниця), Лемко І.С. (Ужгород),
Мартинюк В.Ю. (Київ), Мінцер О.П. (Київ),
Місула І.Р. (Тернопіль), Полянська О.С. (Чернівці),
Ромаскевич Ю.О. (Херсон), Рой І.В. (Київ),
Семикопна Т.В. (Київ), Стеблюк В.В. (Київ),
Юшковська О.Г. (Одеса).

Editorial Board:

Alypova O.E. (Zaporizhia), Ankin M.L. (Kiyv),
Vasylieva-Linetska L.Ya. (Kharkiv),
Vladymyrowa N.I. (Kiyv), Golyk V.A. (Dnipro),
Gubenko V.P. (Kiyv), Dranovskyi A.L. (Truskavets),
Kolisnyk P.F. (Vinnytsia), Lemko I.S. (Uzhhorod),
Martynuk V.Yu. (Kiyv), Mintser O.P. (Kiyv),
Misula I.R. (Ternopil), Polyanska O.S. (Chernivtsi),
Romaskevych Yu.O. (Kherson), Roy I.V. (Kiyv),
Semykopna T.V. (Kiyv), Stebliuk V.V. (Kiyv),
Yushkovska O.G. (Odessa).

Редакційна рада:

Антипкін Ю.Г. (Київ), Christodoulou Nicolas (Кіпр),
Frischknecht Rolf (Швейцарія), Гайко Г.В. (Київ),
Grabljevec Klemen (Словенія),
Gutenbrunner Christoph (Німеччина),
Juosevicius Alvydas (Литва), Коваленко В.М. (Київ),
Козьявкін В.І. (Трускавець), Лазорішинець В.В. (Київ),
Сердюк А.М. (Київ), Субота М.В. (Київ),
Тронько М.Д. (Київ), Цимбалюк В.І. (Київ),
Усенко О.Ю. (Київ), Вороненко Ю.В. (Київ),
Xanthi Michail (Греція), Якубенко П.П. (Київ),
Запорожан В.М. (Одеса), Zampolini Mauro (Італія)

Editorial Council:

Antypkin Yu.G. (Kiyv), Christodoulou Nicolas (Cyprus),
Frischknecht Rolf (Switzerland), Gaiko G.V. (Kiyv),
Grabljevec Klemen (Slovenia),
Gutenbrunner Christoph (Germany),
Juosevicius Alvydas (Lithuania), Kovalenko V.M. (Kiyv),
Kozyavkin V.I. (Truskavets), Lazorishynets V.V. (Kiyv),
Serdyuk A.M. (Kiyv), Subota M.V. (Kiyv),
Tronko M.D. (Kiyv), Tsybalyuk V.I. (Kiyv),
Usenko O.Yu. (Kiyv), Voronenko Yu.V. (Kiyv),
Xanthi Michail (Greece), Yakubenko P.P. (Kiyv),
Zaporozhan V.M. (Odessa), Zampolini Mauro (Italy).

Засновники:

Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
ПАТ "Трускавецькурорт",
ГО "Українське товариство
фізичної та реабілітаційної медицини"

Founders:

Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education,
PJSC "Truskavetskurort",
PO "Ukrainian Society for Physical
and Rehabilitation Medicine"

Періодичність виходу: 4 рази на рік.

Publication frequency: 4 times a year.

**Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації**

Registration Certificate
KB № 22530-12430 P

Серія KB № 22530-12430P

Усі права стосовно опублікованих статей залишено за редакцією. Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці. Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

All rights concerning published articles are reserved to the editorial board. Responsibility for selection and presentation of the facts in the articles is held by authors, and of the content of advertising material – by advertisers. Reprint is possible with consent of the editorial board and reference.

До друку приймаються наукові матеріали які відповідають вимогам до публікації в даному виданні.

Research materials accepted for publishing must meet the publication requirements of this edition.

Рекомендується до друку та до поширення через мережу Інтернет рішенням ученої ради НМАПО імені П.Л. Шупика від 13.05.2018 р., протокол № 6

Correspondence address:

Editorial board of the Ukrainian Physical and Rehabilitation Medicine, avladimirov05@gmail.com

Адреса для кореспонденції:

Редакція Українського журналу фізичної та реабілітаційної медицини, avladimirov05@gmail.com

Publisher: "KIM" Publishing house" Ltd.
Certificate ДК № 2888 from 03.07.2007

Видавець: ТОВ "Видавництво "KIM"
Свідоцтво ДК № 2888 від 03.07.2007 р.

Шановні друзі, колеги-однодумці!

Маємо за честь представити Вам український переклад 3го видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі. Для наших європейських колег це є головним джерелом, що містить систематизований опис усіх аспектів первинної лікарської спеціальності «фізична та реабілітаційна медицина». Біла Книга є ключовим європейським довідником для лікарів, студентів, освітян, організаторів охорони здоров'я, залучених до надання реабілітаційної допомоги та підготовки фахівців з реабілітації. З цією Книгою європейські організації фізичної та реабілітаційної медицини звертаються з усіма питаннями, що стосуються багатьох аспектів реабілітації, до міністерств, урядів, парламентів своїх країн та керівних органів Європейського Союзу.

Україна знаходиться на самому початку системного та послідовного руху в напрямку сучасної мульти-професійної, пацієнт-центричної та ціль-спрямованої реабілітації. Ми маємо ще опанувати сучасну реабілітаційну термінологію, яка поки є відсутньою в українській мові, усвідомити та прийняти базові принципи організації реабілітаційної допомоги, налаштувати свідому та продуктивну командну співпрацю між існуючими прабатьками майбутніх фахівців з реабілітації та пронести віфлеємський вогонь реабілітаційної ідеї через агресивне та ригідне павутиння наших чинних нормативно-правових та регуляторних документів, одночасно докорінно змінюючи їх.

Біла Книга є системним джерелом первинної реабілітаційної інформації, яка чітко описує шлях розвитку спеціальності «фізична та реабілітаційна медицина» в контексті європейської реабілітації, демонструє сучасні вимоги, пріоритети та перспективи, а також майбутні виклики.

Тож єднаємо наші зусилля та вирушаймо разом до нашої спільної української реабілітаційної мети!

Редактори українського перекладу:

Володимир Голик

Олександр Владимиров



Dear friends, like-minded colleagues!

We have the honour to present you the Ukrainian translation of 3rd edition of the White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. For our European colleagues, this is the main source containing systematic description of all aspects of the primary medical specialty "Physical and Rehabilitation Medicine". The White Book is a key European reference for physicians, students, educators, health care planners, involved in providing rehabilitation service and train rehabilitation professionals. With this Book, European Physical and Rehabilitation Medicine organizations address all issues regarding many aspects of rehabilitation, to ministries, governments, parliaments of their countries and governing bodies of the European Union.

Ukraine is at the very beginning of systematic and consistent way towards modern multi-professional, patient-centred and goal-oriented rehabilitation. We still need to master modern rehabilitation terminology that is not yet present in Ukrainian language, to understand and adopt basic principles of rehabilitation service organization, to set up a conscious and productive team collaboration between the existing progenitors of future rehabilitation professionals and to carry the Bethlehem fire of the rehabilitation idea through aggressive and rigorous spiderweb of our current legislative and regulatory documents, simultaneously changing them fundamentally.

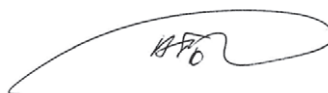
The White Book is the systematic source of primary rehabilitation information, clearly describes the pathway of "Physical and Rehabilitation Medicine" specialty in the context of European rehabilitation, demonstrates modern requirements, priorities and perspectives, as well as future challenges.

So uniting our efforts and moving together toward our common Ukrainian rehabilitation goal!

Editors of Ukrainian translation

Volodymyr Golyk

Oleksandr Vladymyrov



Подяки

Висловлюємо подяку за фінансову підтримку перекладу Білої Книги членам Українського товариства фізичної та реабілітаційної медицини, ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» та Посольству Чеської Республіки в Україні.

Ми цінуємо нашу співпрацю з координації реабілітаційної термінології українською мовою з Ольгою Мангушевою, Оксаною Лялькою та Костянтином Калінкіним.

Ми були раді плідній співпраці з групою перекладу – Кирилл Верич та В'ячеслав Шаргородський.

Acknowledgements

We express our gratitude for financial support of White Book translation process to members of Ukrainian Society of Physical and Rehabilitation Medicine, JSC “Ukrprofozdorovnytsya” and the Embassy of the Czech Republic in Ukraine.

We appreciate our cooperation with Olga Mangusheva, Oksana Lyalka and Konstantin Kalinkin in co-ordinating rehabilitation terminology in Ukrainian.

We were happy to cooperate with group for translation: Kirill Verich and Viacheslav Shargorodskyi.

БІЛА КНИГА
3
Фізичної та Реабілітаційної Медицини
(ФРМ) в Європі

Альянс Європейських органів
Фізичної та Реабілітаційної Медицини

Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ)

Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної
Медицини (ЄТФРМ)

Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів
(Секція ЄСМС-ФРМ)

Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної
Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ)

Оригінальна версія опублікована у

Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2018 Apr; 54(2):125-321

БІЛА КНИГА

3

Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

ЗМІСТ

7	Передмова	ОРГАНІЗАЦІЇ ФІЗИЧОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄВРОПІ
8	Пролог	70
10	Короткий зміст	Розділ 4. Історія спеціальності: звідки походить Фізична та Реабілітаційна Медицина
13	Введення	82
14	Методологія третього видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини у Європі	Розділ 5. Організації Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: структура та діяльність
19	Глосарій	ПРАКТИКА ФІЗИЧОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄВРОПІ
25	Список учасників	97
37	Скорочення	Розділ 6. Знання та навички лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини
	ПЕРЕДУМОВИ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ	113
39	Розділ 1. Визначення та поняття Фізичної та Реабілітаційної Медицини	Розділ 7. Сфера клінічних компетентностей: Фізична та Реабілітаційна Медицина на практиці
49	Розділ 2. Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству?	145
61	Розділ 3. Первинна медична спеціальність: основи Фізичної та Реабілітаційної Медицини	Розділ 8. Спеціальність Фізична та Реабілітаційна Медицина в системі охорони здоров'я та суспільстві
		164
		Розділ 9. Освіта і безперервний професійний розвиток: формування майбутнього Фізичної та Реабілітаційної Медицини
		172
		Розділ 10. Наука та дослідження у Фізичній та Реабілітаційній Медицині: особливості та проблеми
		ШЛЯХ ВПЕРЕД
		196
		Розділ 11. Виклики та перспективи майбутнього Фізичної та Реабілітаційної Медицини

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Вступ, короткий зміст та методологія

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

Біла книга (БК) з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. В даний час вона досягла свого третього видання; перше було опубліковано у 1989 році, а другий – в 2006/2007 році. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості.

БК наголошує на важливості ФРМ – первинної медичної спеціальності, яка представлена в усій Європі, з особливим *corpus disciplinae*, загальними передумовами та історією по всій Європі. ФРМ є міжнародно визнаною та є партнером провідних міжнародних органів, включаючи Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ). Діяльність ФРМ базується строго на документах Організації Об'єднаних Націй (ООН) та ВООЗ, таких як Конвенція про права осіб з обмеженнями життєдіяльності (2006), Всесвітня доповідь з обмежень життєдіяльності (2011), Глобальний План дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки (2014) та ініціатива ВООЗ “Реабілітація 2030: заклик до дій” (2017).

БК складається з чотирьох частин, 11 розділів та декількох додатків. БК починається з базових визначень та концепцій ФРМ та продовжується, чому реабілітація є необхідною для осіб та суспільства. Реабілітація зосереджується не тільки на станах здоров'я, але й на функціонуванні. Відповідно, ФРМ є медичною спеціальністю, яка прагне поліпшити функціонування людей з станами здоров'я або тими, що зазнають обмежень життєдіяльності. Представлені основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ та структура й діяльність організацій ФРМ в Європі, після чого ретельно представлена практика ФРМ, наприклад знання та навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ у системі охорони здоров'я та суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень у ФРМ. БК закінчується визначенням подальшого шляху для спеціальності: викликами та перспективами для майбутнього ФРМ.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:125-55.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Вступ, короткий зміст та методологія Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 7–38

Ключові слова: фізична та реабілітаційна медицина – Європа – функціонування – обмеження життєдіяльності.

Передмова

Перше видання Білої Книги з ФРМ в Європі було написано з амбіціями стати робочим інструментом, який дозволить органам охорони здоров'я та медичним викладачам здійснити необхідних регуляторних кроків до обов'язкового включення ФРМ в медичне навчання, а також досягти ефективної, оптимізованої гармонізації навчання фахівців з ФРМ в Європі.

Друге видання БК з ФРМ в Європі мало за мету забезпечення, щоб ФРМ розглядалась, як визнана європейська медична спеціальність, де висококваліфіковані практикуючі фахівці забезпечують гарні стандарти допомоги, практика ґрунтується на наукових доказах та в умовах відповідних національних контекстів. Це досягнуто визначенням спеціальності ФРМ, її роботи, компетентностей її практикуючих фахівців та її зв'язків з іншими медичними дисциплінами та суміжними професіями в сфері охорони здоров'я.

Обидва видання Білої книги з ФРМ в Європі були добре сприйняті не тільки професіоналами у сфері охорони здоров'я, але й політиками, які широко використовували інформацію, що міститься в Білій книзі, для організації надання реабілітаційної допомоги. За десять років після виходу другого видання Європейські Органи ФРМ вважають за своєчасне оновлення змісту Білої книги, для того, щоб продемонструвати, якого розвитку здобула ця спеціальність, та як останні тенденції впливають на практику.

Третє видання Білої книги ФРМ в Європі зроблено Альянсом Європейських Органів ФРМ (Секція ФРМ ЄСМС, Європейський коледж ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС), ЄТФРМ та ЄАРМ). В результаті спільних зусиль представників цих органів ФРМ, які є відповідальними за встановлення стандартів клінічної практики ФРМ, освіти та наукових досліджень в Європі, Біла книга відображає різні аспекти, необхідні для розробки відповідної, широко доступної та постійної реабілітаційної допомоги. Вона є довідником для лікарів ФРМ в Європі, керує їх взаємодією з особами з обмеженнями життєдіяльності, з колегами з інших медичних дисциплін та суміжними професіоналами в сфері охорони здоров'я, а також у переговорах з відповідними національними урядами та національними органами охорони здоров'я.

Третє видання Білої книги ФРМ в Європі має за мету:

- опис роботи спеціальності ФРМ та лікарів ФРМ в мінливому світі систем охорони здоров'я та скорочення ресурсів;
- реагування та внесок до медичних інновацій;
- розробку стратегій вирішення завдань науково-технічного прогресу;
- роботу з мінливими перспективами обмежень життєдіяльності;
- сприяння та полегшення самостійності людей з обмеженнями життєдіяльності та їх участі в повсякденному житті;
- встановлення себе, як довідника для практики ФРМ та академічного життя молодих професіоналів охорони здоров'я (особливо лікарів протягом навчання);
- підкреслення європейської перспективи.

Біла книга складається з чотирьох частин, 11 розділів та декількох додатків. Це “колективні зусилля” всіх делегатів та членів Європейських Органів. Її продумана і практична структура, яка ретельно витримана редакторами під координацією професора Stefano Negrini, сприятиме впливу Білої книги та успішному впровадженню в практику ФРМ у Європі.

Ми хочемо скористатись цією можливістю, щоб привітати всіх авторів, які зробили внесок у зміст цієї важливої публікації.

Від ім'я Альянсу Європейських Органів ФРМ
Президенти Європейських Органів ФРМ
Xanthi Michail (Європейська академія
реабілітаційної медицини)

Alain Delarque (Європейське товариство фізичної та
реабілітаційної медицини)

Nicolas Christodoulou (Секція фізичної та реабілітаційної
медицини Європейського Союзу медичних спеціалістів)

Maria Gabriella Ceravolo (Європейський коледж
фізичної та реабілітаційної медицини).

Пролог

Біла книга (БК) з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) у Європі слугувала довідником для лікарів ФРМ в Європі з 1989 року, коли Universidad Complutense of Madrid¹ за ініціативою Європейської академії реабілітаційної медицини (ЄАРМ), Секції фізичної медицини та реабілітації Європейського Союзу медичних спеціалістів (ЄСМС) та Європейської федерації фізичної медицини та реабілітації (ЄФФМР) було опубліковано її перше видання. Це перше видання тепер має історичну цінність не тільки тому, що світ з того часу значно змінився, але і ФРМ також розвинулась. Особливо змінилося коло повноважень спеціальності, що відображає концептуальну еволюцію здоров'я відповідно до класифікацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – спочатку в 1980 році – Міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКП)², а потім у 2001р. до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)³. Ця еволюція засвідчується ім'ям спеціальності, яка зараз називається фізична та реабілітаційна медицина. Відповідно, задіяні Європейські Органи також змінилися: тепер вони складаються з Європейської академії реабілітаційної медицини (ЄАРМ – етична та “філософська” функція), Європейського товариства ФРМ (ЄТФРМ – наукова функція), Секції ФРМ Європейського Союзу медичних спеціалістів (професійна функція) та Європейського коледжу ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС – навчальна функція).

У 2006 році вони випустили друге видання, яке в той час було опубліковано Europa Medicophysica (нині European Journal of PRM)⁴ та Journal of Rehabilitation Medicine⁵. У цьому третьому виданні Європейські Органи ФРМ зібралися разом під назвою “Альянс Європейських Органів ФРМ”, щоб заявити про співпрацю, яка існувала і зростала

протягом багатьох років. Альянс володіє інтелектуальною власністю та авторськими правами на Білу Книгу, а також на її видання різними мовами.

Після другого видання БК, Конвенція Організації Об'єднаних Націй (ООН) про права людей з обмеженнями життєдіяльності (надалі “Конвенція”)⁶ імплементувала важливу статтю 26 “Абілітація та реабілітація”⁷. Вперше реабілітація визначається, як одне з найважливіших втручань, спрямованих на “уможливлення осіб з обмеженнями життєдіяльності досягнути й зберегти максимальну незалежність, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя”. Відповідно, Конвенція закликала суверенні держави «організовувати, зміцнювати та розширювати комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування». Ця стаття також включала “розвиток первинного та безперервного навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг”. Для ФРМ тут є два важливих повідомлення, а саме: 1) доступ до реабілітації – це право людини та 2) підготовка висококваліфікованих фахівців реабілітації є ключами для досягнення цілей Конвенції.

Відповідаючи на Конвенцію, ВООЗ та Світовий банк в 2011 році підготували Всесвітню доповідь з обмежень життєдіяльності⁸, яка вперше спіралась на наукові докази для опису життєвого досвіду та становища людей з обмеженнями життєдіяльності, та на підставі чого були розроблені відповідні рекомендації. Одним з основних висновків було те, що поширеність обмежень життєдіяльності вища, ніж очікувалося (становить близько 15% населення світу). У Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності підкреслений внесок реабілітації для “досягнення та підтримки особою оптимального функціонування в процесі взаємодії з навколишнім середовищем”. Доповідь описує “Реабілітаційну медицину”, як “пов'язану з покращенням функціонування через діагностику та лікування станів здоров'я, зменшення порушень та запобігання або лікування ускладнень”, і це висвітлює роль лікарів із спеціальними знаннями в області медичної реабілітації, що називаються “фізіатри, реабілітаційні лікарі або фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини». В доповіді також визнано, що “Реабілітаційна медицина показала позитивні результати, наприклад, у поліпшенні функції суглобів та кінцівок, менеджменту болю, загоєння ран та психосоціальному благополуччю”.

Ця “нова” перспектива реабілітації та ФРМ підкреслюється Глобальним планом дій ВООЗ з об-

межень життєдіяльності 2014-2021 років, “Краще здоров'я для всіх людей з обмеженнями життєдіяльності”, з метою “посилення та розширення реабілітації, абілітації, допоміжних технологій, послуг допомоги та реабілітації, що проводиться в громадах». Одним із показників успіху для цих цілей є “кількість випускників навчальних закладів на 10 000 чоловік – за рівнем та сферою освіти”. У цьому показнику ФРМ недвозначно зазначається⁹.

Під час підготовки БК ВООЗ в лютому 2017 р. запустила ініціативу “Реабілітація 2030: заклик до дій”¹⁰, в якій взяли участь понад 200 представників зацікавлених сторін та на який були представлені рекомендації ВООЗ щодо реабілітації в системах охорони здоров'я. Ці ініціативи призначені для того щоб:

- привернути увагу до зростаючих незадоволених потреб у реабілітації в світі;
- виділити роль реабілітації у досягненні Цілей Сталого Розвитку, запропонованих Організацією Об'єднаних Націй;
- закликати до скоординованих та узгоджених глобальних заходів щодо посилення реабілітації в системах охорони здоров'я.

Загальними для всіх цих ініціатив стали міжнародно узгоджені цілі для покращення послуг з реабілітації в сфері охорони здоров'я, задля надання можливості людям зі станами здоров'я, які зазнають, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти та підтримати оптимальне функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем – навчання лікарів ФРМ та поліпшення якості допомоги. Європейські Органи ФРМ прийняли ці цілі, і третє видання БК з ФРМ в Європі має за мету сприяти досягненню цих цілей.

Таким чином, мета БК полягає в визначенні з європейської точки зору роботи спеціальності ФРМ та лікарів ФРМ у:

- мінливому світі систем охорони здоров'я та скорочення ресурсів;
- реагуванні та внеску до медичного прогресу та технологічних інновацій;
- розробку стратегій вирішення завдань науково-технічного прогресу;
- роботі з мінливими перспективами обмежень життєдіяльності;
- сприянні та полегшенні самостійності та участі людей з обмеженнями життєдіяльності в повсякденному житті;
- слугуванні дидактичним довідником для практики ФРМ та академічного життя молодих професіоналів охорони здоров'я (особливо лікарів протягом навчання).

Отже, БК має багатогранні цінності, які починаються з освітньої ролі для лікарів ФРМ, що на-

вчаються, до об'єднуючої функції для європейських держав та для політичної взаємодії між урядами Європи та ЄС. Це важливо для ФРМ, роль якої подекуди не до кінця є зрозумілою, особливо у сприйнятті тих, хто знаходиться за межами цієї спеціальності. ФРМ постійно співпрацює з іншими спеціальностями та іншими фахівцями реабілітації в діяльності в сфері охорони здоров'я, освіти та наукових досліджень. Ця книга спрямована на поясненні ролі ФРМ у співпраці з іншими:

- медичними спеціальностями, що лікують пацієнтів зі станами здоров'я, які перетинають межі дисциплін з урахуванням фокусу ФРМ на активності та участі;
- фахівцями реабілітації, які також займаються проблемами активності та участі, які зазнають пацієнти, при тому зберігаючи свою унікальну медичну роль у діагностиці, функціональному оцінюванні, прогнозуванні та управлінні командою.

ФРМ – це незалежна первинна медична спеціальність, що наявна практично у всіх країнах Європи, з специфічними професійними компетентностями та спільними передумовами та історією. Більш того, ФРМ є міжнародно визнаною та є партнером провідних міжнародних органів, у тому числі ВООЗ, що забезпечує вплив ФРМ на діяльність ООН та ВООЗ. З огляду на це, публікація БК всіма Європейськими Органами ФРМ є цінною для людей (особливо з обмеженнями життєдіяльності), які живуть в Європі, для ФРМ, як спеціальності, для організаторів охорони здоров'я та політиків, а також для суспільства в цілому.

Всі ці концепції, а також деякі нові концепції будуть розширені в цьому останньому виданні БК. Це видання БК є набагато більш “колективним зусиллям” у порівнянні з попередніми виданнями – як зазначено раніше, було створено Альянс Європейських Органів ФРМ, та його спільні зусилля привели це нове видання БК до успіху. Існує також нова методологічна глава, в якій окреслено методологію, яка керувала розробкою змісту кожної глави БК. Більш того, історична глава книги відображає вищезгадані розробки та вводяться концептуальні основи ФРМ як спеціальності.

БК представлена у чотирьох частинах (основи ФРМ, її організація, практика в Європі та висновки) з додатками (включаючи розділ методів). БК починається з базових визначень (концепція та спеціальність), після чого розглядає актуальність реабілітації для людей з станами, що призводять до обмежень життєдіяльності та для суспільства (напр. чому це потрібно). Потім БК знайомить з загальною реабілітацією, яка не є специфічно медичною, та далі переходить до опису ФРМ –

медичної спеціальності, присвяченої реабілітації пацієнтів та людей з обмеженнями життєдіяльності. Визначення ФРМ, як первинної медичної спеціальності (основні концепції), надано разом з її розвитком (звідки надходить ФРМ) та організацією (діяльність ФРМ та її представництво) у Європі. Переходячи до практики, обговорюються основи ФРМ (знання, навички та вміння лікарів ФРМ), сфера компетентностей (ФРМ на практиці) та місце в системі охорони здоров'я та суспільстві. Перед тим, як зробити висновки про подальший шлях вперед для ФРМ в Європі (виклики та перспективи на майбутнє) також повідомляється про освіту з ФРМ в Європі (формування майбутнього) та про наукові дослідження у сфері ФРМ (проблеми та особливості).

Це видання БК є ще одним важливим кроком для майбутнього спеціальності ФРМ в Європі та за її межами. Це є результатом роботи наступних зацікавлених сторін (також див. розділ подяк в додатку)

- ініціатива та авторство 4-х Європейських Органів ФРМ, які об'єдналися в єдиний продуктивний Альянс,
- координація роботи 11 редакторів,
- зусилля 38 перших авторів та 63 співавторів для підготовки 62 окремих пропозицій,
- добровільна робота 38 внутрішніх та 39 зовнішніх рецензентів,
- за 30 місяців роботи був досягнутий консенсус між 241 делегатами та науковцями з 36 європейських країн.

Редактори 3-го видання Білої Книги
Stefano Negrini, Pedro Cantista,
Maria Gabriella Ceravolo,
Nicolas Christodoulou, Alain Delarque,
Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens,
Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso,
Anthony B Ward, Mauro Zampolini

Короткий зміст

Огляд

Третє видання Білої книги (БК) з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) у Європі розроблено Альянсом Європейських Органів ФРМ, включаючи Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ), Європейське Товариство ФРМ (ЄТФРvМ), Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС) та Європейський коледж ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС). Це довідник для лікарів ФРМ у Європі. Вона була призначена для надання вичерпної інформації про ФРМ, яка є актуальною для лікарів ФРМ, інших

фахівців галузі охорони здоров'я, організаторів охорони здоров'я та інших зацікавлених сторін, у тому числі тих, що знаходяться у Європейських національних урядах. Вона також інформує європейські державні органи та широку громадськість.

БК інформує про важливість ФРМ як для окремого пацієнта або особи, що зазнала обмежень життєдіяльності, так і для суспільства в цілому. Вона описує, яким чином ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю, представлена практично в усіх країнах Європи, має специфічні базові компетентності та загальні передумови та історію в Європі.

Сфера застосування ФРМ та її роль у реабілітації мають міцну основу в документах Організації Об'єднаних Націй (ООН) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), як, наприклад, Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (2001), Конвенція ООН про права людей з обмеженнями життєдіяльності (2006), Всесвітня доповідь з обмежень життєдіяльності (2011), Глобальний План дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки (2014) та ініціатива ВООЗ "Реабілітація 2030 року: заклик до дій" (2017). Організації ФРМ визнані на міжнародному рівні та працюють, як партнер великих міжнародних організацій, таких як ВООЗ.

Біла книга має чотири частини і розподілена на 11 розділів та додатків (що включають методологічні нотатки). Вона починається з пояснення основних визначень та концепцій ФРМ, актуальності ФРМ, для людей та суспільства, визначень обмежень життєдіяльності та реабілітації. БК представляє ФРМ як первинну медичну спеціальність, її розвиток та її організації в Європі. Обговорюються знання та навички лікарів ФРМ, сфера їх компетентностей, їх позиція та роль у системах охорони здоров'я. Крім того, описані принципи освіти та навчання, а також наука та дослідження. Нарешті, але не менш важливо, вирішені виклики та майбутні перспективи ФРМ в Європі.

Визначення та основні поняття ФРМ

ФРМ – це первинна медична спеціальність, що відповідає за освіту та навчання пацієнтів та надавачів послуг охорони здоров'я, зміцнення здоров'я, профілактику, медичну діагностику, функціональне оцінювання, лікування та реабілітаційний менеджмент для людей будь-якого віку, які зазнали станів здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх супутніх захворювань. Лікарі ФРМ лікують стани здоров'я, порушення фізичних, психічних та пізнавальних функцій, а також обмеження активності. Лікарі ФРМ мають за мету по-

кращення участі та якості життя своїх пацієнтів. Це також включає в себе поліпшення здорової поведінки та сприяння позитивному впливу особистих факторів та факторів навколишнього середовища на функціонування.

Профіль ФРМ включає в себе наступне:

- ФРМ – це медична спеціальність, орієнтована на персону та функціонування (всупереч спеціальностям, орієнтованим на органи та хвороби, або спеціальностям, що фокусуються на конкретних вікових групах).
- Лікарі ФРМ мають медичні обов'язки та додаткові компетентності при організації функціонального оцінювання.
- ФРМ лікарі можуть безпосередньо забезпечувати лікування та / або очолювати мультипрофесійну реабілітаційну команду, яка працює спільно з іншими спеціальностями.
- ФРМ має багатомодальний підхід, включаючи широкий спектр інструментів для лікування (включаючи ліки, фізичні вправи, фізичні модальності та інші реабілітаційні втручання, деякі з яких надаються іншими фахівцями реабілітації).
- ФРМ лікує стани здоров'я індивідуума, зосереджуючи увагу на зменшенні порушень та обмежень активності, з тим щоб розширювати можливості пацієнтів досягти повної участі.
- ФРМ має транверсальну роль і співпрацює з усіма іншими спеціальностями.

ФРМ фокусується на персоні, а не на конкретному захворюванні чи закладі, тому лікарі ФРМ співпрацюють з багатьма іншими медичними спеціалістами та фахівцями охорони здоров'я та мають відповідні ролі у різних закладах охорони здоров'я (*напр.* гострі та / або підгострі реабілітаційні лікарні, реабілітаційні центри, амбулаторні заклади, заклади в громадах). Лікарі ФРМ дбають про осіб з обмеженнями життєдіяльності та про пацієнтів з довготривалими станами здоров'я, але й також про пацієнтів з гострими станами для запобігання розвитку вторинних порушень.

Як нещодавно було підкреслено ВООЗ через "Реабілітація 2030 – заклик до дій", актуальність ФРМ для суспільства збільшилась внаслідок старіння населення та зростаючої кількості людей, що зазнали обмежень життєдіяльності. Таким чином, будь-яке планування послуг має враховувати тягар обмежень життєдіяльності в суспільстві та включати послуги ФРМ на всіх рівнях допомоги.

Організація та історія ФРМ в Європі

Історично, ФРМ формувалася з деяких основних напрямків по всій Європі. Один з них – використання фізичних агентів (вода, тепло, холод,

масаж, маніпуляції з суглобами, фізичні вправи тощо) (Фізична Медицина). Інший – практика реабілітації, яка набула важливості через виживання поранених у Другій світовій війні, а також різних епідемій (*напр.*, поліомієліту) (Реабілітаційна Медицина). В деяких країнах вона розвивалась в зв'язку з іншими медичними спеціальностями, такими, як неврологія, ревматологія, ортопедія, радіологія, а також кардіологія, пневмологія та педіатрія, причому специфіка перш за все полягала у розгляді функціонування пацієнтів з цими станами здоров'я. В інших країнах вона почалася в специфічних закладах, таких як бальнеологія та спортивна медицина. Сьогодні, завдяки спільним рисам серед усіх цих галузей, вони зійшлись в єдину багатосторонню спеціальність ФРМ.

Для єдиного визначення та позиціонування в Європі були створені різні організації ФРМ: ЄАРМ, ЄКФРМ, ЄТФРМ; та секція ФРМ ЄСМС. В даний час в Європі існує таке єдине визначення спеціальності, яке узгоджується з міжнародно визаним описом ФРМ (на основі моделі МКФ).

Крім того, створені регіональні форуми, такі як Середземноморський форум ФРМ та Форум ФРМ Балтійського та Північного моря, в більшості європейських країн існують національні товариства ФРМ. Вони відіграють важливу роль у розвитку ФРМ на рівні взаємодії Європи з сусідніми регіонами, а також на національному рівні. Європейські асоціації ФРМ також відіграють важливу роль у відповідних заходах у всьому світі.

Більше того, дослідження в області ФРМ були значно покращені, а кількість журналів ФРМ зростає (багато з них індексуються в міжнародних базах даних та з впливовим імпаکت-фактором), а також розвинулись наукові конгреси та курси. Нарешті, але не в останню чергу, нещодавнє створення Кокранівської реабілітаційної сфери також дасть значний поштовх цій первинній медичній спеціальності.

Практика фізичної та реабілітаційної медицини в Європі

З фізіологічної точки зору, фундаментальні принципи ФРМ включають фізичні та поведінкові механізми, включаючи:

- процеси репарації та функціональної адаптації (включаючи регенерацію тканин, поліпшення функціональної спроможності, тренувальні процеси тощо), а також процеси підтримки відновлення;
- процеси навчання та поведінкові зміни (у тому числі навчання пацієнтів та тренування новим моторним та поведінковим стратегіям);

– компенсаторні процеси на фізичному, розумовому і інтелектуальному рівнях, а також допоміжні технології та адаптація середовища.

Крім того, лікарі ФРМ мають навички управління та відіграють певну роль у підтримці людей для управління своїми ресурсами з метою досягнення оптимальної участі (включаючи надання порад своїм сім'ям та доглядачам). Крім того, лікарі ФРМ мають високий рівень комунікативних навичок, щоб навчати, інформувати та тренувати пацієнтів та їх родичів.

Клінічну роботу лікарів ФРМ можна охарактеризувати як “медицина функціонування”. Її основна стратегія охорони здоров'я – це реабілітаційна, спрямована на оптимізацію функціонування в світлі станів здоров'я. Проте, лікарі ФРМ також використовують лікувальну (лікування хвороби), профілактичну (профілактика хвороби та / або ускладнень та прогресування) та підтримуючу стратегії (спрямовані на підтримку оптимального функціонування). Клінічні процеси ФРМ слідує за так званим реабілітаційним циклом (всі пацієнти перед наданням втручання потребують проведення оцінювання з визначенням їх індивідуальних цілей; наприкінці, буде проведена оцінка для визначення, чи досягнув пацієнт всього, що потребував, або, за необхідності, реабілітаційний цикл починається знову)

Спектр захворювань, що лікуються лікарями ФРМ, надзвичайно широкий, оскільки багато станів здоров'я пов'язані з певною формою обмежень життєдіяльності. Це включає захворювання м'язово-скелетної, нервової, циркуляторної, респіраторної, сечостатевої систем, а також шкіри та травного тракту. Клінічна діяльність ФРМ також стосується деяких найбільш поширених проблем від захворювань, таких як знерухомлення, спастичність, біль, порушення комунікації та інші.

Діагноз у ФРМ – це комбінація медичного діагнозу (діагноз захворювання) та специфічного функціонального оцінювання ФРМ (оцінювання функціонування). Останнє базується на концептуальній структурі МКФ та отримується завдяки використанню засобів функціонального оцінювання та шкал.

Лікарі ФРМ можуть застосовувати широкий спектр втручань, починаючи від ліків, вправ, мануальної терапії, фізичних модальностей, технічних допоміжних засобів, освітніх програм та адаптації середовища. Стандартизовані програми ФРМ розроблені для багатьох станів здоров'я та проблем функціонування, та ґрунтуються на наукових доказах та найкращих моделях практики.

Інтервенції ФРМ та програми завжди є пацієнт-спрямованими, а результати включають функціональні та персональні виміри (зменшення порушень, обмежень активності та обмежень мож-

ливості участі). Вони також спрямовані на зниження витрат, а також зниження смертності для певних груп пацієнтів. Програми ФРМ, в більшості випадків, реалізуються мульти-професійними реабілітаційними командами в співпраці з іншими спеціальностями під керівництвом лікарів ФРМ.

Оскільки численні документи та доповіді ВООЗ та ООН закликають до посилення реабілітації, як ключової стратегії охорони здоров'я у ХХІ столітті в усьому світі, подальше впровадження ФРМ до систем охорони здоров'я має вирішальне значення. У цьому контексті ФРМ повинна бути забезпечена впродовж усього континууму допомоги та на всіх рівнях охорони здоров'я, спрямованих на відповідні функціональні потреби осіб, а також на тимчасові аспекти станів здоров'я (вроджена або набута і гостра, прогресуюча або дегенеративна) Це включає в себе аспекти абілітації, реабілітації, а також ФРМ в закладах гострої, підгострої та довготривалої допомоги.

Освіта та навчання у ФРМ

Для досягнення гарного підходу до реабілітації, як того вимагають європейські товариства, всі лікарі та фахівці охорони здоров'я повинні отримувати адекватну додипломну освіту. Для оволодіння необхідним широким колом компетентностей, лікарі ФРМ повинні пройти добре організовану та відповідно структуровану післядипломну підготовку адекватної тривалості. Окрім здобуття медичних знань, компетентностей в області допомоги пацієнтам, специфічних процедурних навичок та ставлення щодо міжособистісних відносин та спілкування, глибоке розуміння основних принципів медичної етики та громадського здоров'я, здатність застосовувати принципи допомоги та профілактики для людей з обмеженнями життєдіяльності, здатність до опанування стратегіями реінтеграції людей з обмеженнями життєдіяльності до суспільства, застосовування принципів забезпечення якості та сприяння безперервному професійному розвитку, що ґрунтується на практичній діяльності. На європейському рівні необхідні рекомендації та стандарти надаються Радою ФРМ ЄСМС. Нарешті, але не менш важливим є той факт, що безперервний професійний розвиток та програми медичної освіти надаються Європейськими Органами ФРМ (у співпраці з Європейською Радою з акредитації безперервної медичної освіти).

Наука та дослідження в галузі ФРМ

У зв'язку з широким спектром завдань ФРМ, наука та дослідження у ФРМ також мають широ-

кий спектр тем. Він варіюється від фундаментальних досліджень механізмів хвороб та обмежень життєдіяльності, механізмів дії втручань, досліджень клінічних результатів, епідеміологічних досліджень, а також наукових підходів до реалізації послуг з ФРМ у системах охорони здоров'я та розробці теоретичної підоснови з питань обмежень життєдіяльності та реабілітації. Це знайшло своє відображення в темах європейських та міжнародних конгресів та журналів ФРМ. Проте, нинішня ситуація з науково-дослідною діяльністю у ФРМ в Європі – це нові можливості та виклики.

Визначена важливість досліджень у галузі реабілітації та їх специфічна методологія внаслідок проблеми подолання розриву між біологією та поведінкою та висвітлення таких тем, як взаємозв'язок між біомедициною та ФРМ та дослідження результатів ФРМ. ФРМ також повинна стикатися з проблемами доказової медицини, які також розглядаються в новій Кокранівській реабілітаційній сфері. Нарешті, перенесення наукових знань у клінічну практику має велике значення.

Шлях вперед

Виклики та перспективи розвитку ФРМ в Європі виникають внаслідок драматичних змін у демографії, очікуваної тривалості життя, показників виживання, тягаря обмежень життєдіяльності, збільшення поширеності довготривалих станів здоров'я, прогресу у технологіях, а також медичних витратах та змінах суспільства з точки зору вимог до благополуччя та якості життя разом із здоров'ям. Всі ці виклики поєднуються з особливостями ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що зосереджує увагу на людині в цілому та його або її функціонуванні при різних станах здоров'я, з метою забезпечення найкращої можливої участі шляхом покращення активності та зменшення порушень. Представлені можливі наслідки цих змін у майбутній еволюції клінічної практики ФРМ, послуг, освіти, досліджень; крім того, представлено бачення прогресу гармонізації розвитку ФРМ у всій Європі та можливий внесок ФРМ у планування політики.

Введення

Біла книга (БК) визначає природу, сферу роботи та параметри фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі. Вона описує спеціальність та компетентності, що очікуються від повністю навчених фахівців (лікар ФРМ) у галузі, а також клінічного контексту роботи та характеру освіти та навчання спеціалістів. Книга побудована на

двох попередніх виданнях БК, які з'явилися в 1989 та 2006/2007 роках^{4,5}.

БК спрямована переважно на п'ять груп:

- лікарі ФРМ та інші фахівці реабілітації;
- фахівці охорони здоров'я інших медичних спеціальностей та професій, пов'язаних з медициною;
- резиденти ФРМ, студенти медичних та інших реабілітаційних професій;
- політики та організатори з питань охорони здоров'я, реабілітації та обмежень життєдіяльності;
- широка громадськість та, зокрема, люди з обмеженнями життєдіяльності та представники їх організацій.

Європейська медична спільнота постійно розширюється, і це дає додаткові можливості та виклики, особливо зі східної частини континенту, щоб дізнатись, що робить європейська спільнота ФРМ, шляхом розробки конкретних проектів з Секцією ФРМ Європейського Союзу медичних спеціалістів (ЄСМС) та Європейським Товариством ФРМ (ЄТФРМ). Ця публікація спрямована на сприяння процесу гармонізації діяльності спеціалістів ФРМ для допомоги людям, що зазнають обмежень життєдіяльності, гарними послугами від спеціальності незалежно від того, де вони живуть у цій розширюючійся спільноті. БК пропонується спільноті ФРМ у всьому світі, як довідник, навіть в умовах різної ситуації та викликів.

Охорона здоров'я зазнає великих змін як на європейському, так і на національному рівнях. Широка громадськість має зростаючі очікування щодо медичної допомоги, яка віддзеркалює філософські дискусії щодо прав та обов'язків людини в суспільстві, зокрема повної участі людей з обмеженнями життєдіяльності. Медична практика постійно еволюціонує з удосконаленням клінічних стандартів та необхідністю досконалості шляхом безперервного професійного розвитку, повторної оцінки та підвищення кваліфікації спеціалістів. Оскільки потреба в більших компетентностях зростає, для ФРМ є важливим переосмислення того, що вона є, що вона може запропонувати, як вона може найкраще забезпечувати свої послуги та спеціальні знання, а також які стандарти навчання повинні вимагатися від вступників до спеціальності. Мета цієї книги відповісти на ці вимоги.

Текст представлений у чотирьох частинах (основи ФРМ, її організації та практика в Європі та висновки) з додатками (включаючи розділ методів). Зміст починається з основних визначень (концепція та спеціальність) перед розглядом актуальності реабілітації для людей з обмеженнями життєдіяльності та суспільством (тобто, чому це необхідно). Текст потім переходить від загальної реабілітації, що не є специфічно медичною, до

ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що присвячена реабілітації пацієнтів та людей з обмеженнями життєдіяльності. Визначено поняття ФРМ, як первинної медичної спеціальності (базові поняття) разом з його розвитком (звідки виходить ФРМ) та організацією (діяльність ФРМ та її представництво) у Європі. Переходячи до практики, обговорюються основи ФРМ (знання, навички та вміння лікарів ФРМ), сфера компетентностей (ФРМ на практиці) та місце в системах охорони здоров'я та суспільстві. Перед тим, як зробити висновки про подальші шляхи впровадження ФРМ в Європі (виклики та перспективи на майбутнє) також повідомляється про освіту з ФРМ в Європі (формування майбутнього) та про наукові дослідження у сфері ФРМ (виклики та особливості).

Методологія третього видання БК з ФРМ у Європі

Третє видання Білої книги (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі було створено відповідно до конкретної методології для досягнення найбільш послідовного і справжнього подання тексту. Воно було підготовлено та затверджено усіма делегатами та академіками Альянсу Європейських Органів ФРМ. Всі делегати, які були офіційно призначені національними компетентними органами або національними товариствами, проводили консультації з їх членами впродовж процесу створення БК. Отже, БК представляє погляди всієї європейської спільноти ФРМ. Її формування було по-справжньому колективною спробою із залученням чотирьох Європейських Органів ФРМ, 11 редакторів, 38 перших авторів, 63 співавторів, 38 внутрішніх та 39 зовнішніх рецензентів, 241 делегатів та академіків, що представляли 36 товариств ФРМ на континенті.

Протягом 2014 року ідея нового видання БК була запропонована всередині Європейської Академії Реабілітаційної Медицини (ЕАРМ), та було розпочато обговорення всередині інших Європейських Органів ФРМ: Європейського Товариства ФРМ (ЄТФРМ) та Секції та Ради ФРМ Європейського союзу медичних фахівців (ЄСМС). Відповідно до методів роботи Органів, були запропоновані пропозиції, які всі були одноставно схвалені протягом всього процесу.

Серед перших рішень було створення Керівного комітету, включаючи 2 членів з кожного Європейського Органу. Керівний комітет включав:

- Stefano Negrini (Секція ФРМ ЄСМС) – координатор,

- Sasa Moslavac (Рада ФРМ ЄСМС) – секретар,
- Pedro Cantista (ЄТФРМ),
- Gordana Devecerski (ЄТФРМ),
- Alvydas Juocevicius (Рада ФРМ ЄСМС),
- Christoph Gutenbrunner (ЄАРМ),
- Enrique Varela Donoso (Секція ФРМ ЄСМС);
- Anthony B Ward (ЄАРМ).

Керівний комітет регулярно зустрічався і пропонував основні пропозиції на схвалення. На всіх етапах були задіяні Президенти та Секретарі Товариств. То були:

- ЄАРМ: Guy Vanderstraeten і Xanthi Michail (Президенти), а також Angela McNamara (Секретар),
- ЄТФРМ: Xanthi Michail та Alain Delarque (Президенти), Elena Ilieva та Carlotte Kiekens (Секретарі),
- Секція ФРМ ЄСМС: Nicolas Christodoulou (Президент), Mauro Zampolini (Секретар),
- Рада ФРМ ЄСМС (для Коледжу): Alvydas Juocevicius та Maria Gabriella Ceravolo (Президенти), Nikolaos Barotsis (Секретар).

У першому півріччі 2015 року, нарешті, було визначено необхідність нового видання (третього) БК через багато змін у європейських суспільствах, а отже, і в практиці ФРМ, що мало відображення в документах Європи та світу. Авторами БК стали чотири Європейські Органи ФРМ, які також є власниками авторських прав:

- Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство ФРМ (ЄТФРМ),
- Секція ФРМ Європейського Союзу медичних спеціалістів (Секція ФРМ ЄСМС),
- Європейський Коледж ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС).

Зацікавленими сторонами є Національні Товариства ФРМ.

БК продовжує формат попередніх видань:

- Перше видання (1989 р.): Книга, опублікована Universidad Complutense de Madrid на чотирьох мовах: англійська, французька, італійська, іспанська. Автор: ЄАРМ з Секцією ФРМ ЄСМС та Європейською Федерацією Фізичної Медицини та Реабілітації;
- Друге видання (2006-2007): опубліковано в спеціальних виданнях 2 журналів (в PubMed), Eurora Medicophysica (нині European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine); Journal of Rehabilitation Medicine. Мова: англійська, потім була перекладена різними європейськими мовами національними товариствами. Автори: ЄАРМ та Секція та Рада ФРМ ЄСМС у співпраці із ЄТФРМ.

Мета БК полягає в описі, з європейської точки зору, роботи спеціальності ФРМ та лікарів ФРМ у:

- мінливому світі систем охорони здоров'я та скорочення ресурсів;
- реагуванні та внеску до медичного прогресу та технологічних інновацій;
- розробці стратегій вирішення завдань науково-технічного прогресу;
- роботі з мінливими перспективами обмежень життєдіяльності;
- сприянні та полегшенні самостійності та участі людей з обмеженнями життєдіяльності в повсякденному житті;
- тому, щоб бути дидактичним довідником для практики ФРМ та академічного життя молодих професіоналів охорони здоров'я (особливо лікарів протягом навчання).

Було вирішено почати зі змісту другого видання і прийняти все, що було написано, якщо ще застосовується та, за необхідності змінювати текст. Це справедливо для:

- розділів (були включені деякі нові розділи – зокрема, розділи 3 та 6), іноді розширюючи попередні підрозділи;
- окремі підрозділи всередині розділів.

У другому півріччі 2015 р. було затверджено Попередній зміст, який включав:

- 11 розділів з редактором для кожного розділу – було вирішено опублікувати кожний розділ, як самостійний документ в PubMed, щоб краще виставити зміст для наукової аудиторії світу; отже, кожний розділ має власне резюме і включає колективні імена авторів. У заключній версії розділами є:
 - Визначення та поняття ФРМ
 - Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству?
 - Первинна медична спеціальність: основи ФРМ
 - Історія спеціальності: звідки походить ФРМ
 - Організації ФРМ в Європі: структура та діяльність
 - Знання та навички лікарів ФРМ
 - Сфера клінічних компетентностей: ФРМ на практиці
 - Спеціальність ФРМ в системі охорони здоров'я та суспільстві
 - Освіта і безперервний професійний розвиток: формування майбутнього ФРМ
 - Наука та дослідження у ФРМ: особливості та проблеми
 - Виклики та перспективи майбутнього ФРМ
- 62 підрозділи – кожний підрозділ має кілька ключових осіб з специфічними ролями:
- Перший автор: написання підрозділу: чернетка (починаючи з тексту попереднього другого ви-

- дання БК) та остаточна версія; координація зі співавторами; слідкування за термінами
- співавтори: виправлення та вдосконалення першої чернетки; вони походять від набору авторів та/або є номіновані першими авторами; в кожному підрозділі вони надходять з різних областей Європи (північ, південь, захід і схід)
- Внутрішні рецензенти: від Європейських Органів ФРМ – перший огляд підрозділів
- Зовнішні рецензенти: експерти ФРМ поза межами Європейських Органів ФРМ – перший огляд підрозділів

Перші автори кожного окремого підрозділу обиралися Керівним Комітетом відповідно до спеціальних критеріїв після заклику до всіх делегатів та академіків. Критерії включали: специфічний досвід, кількість публікацій в журналах, індексованих PubMed, інших специфічних публікацій, прийняття для виконання завдань та термінів.

Редактори БК були обрані Керівним Комітетом переважно серед своїх членів, але також і в Європейських Органах відповідно до їхнього специфічного досвіду редагування відповідно до розділу. Stefano Negrini був координатором, а Sasa Moslavac – секретарем редакторів. Редакторами окремих розділів є:

- Розділ 1: Pedro Cantista, Nicolas Christodoulou
- Розділ 2: Anthony B Ward
- Розділ 3: Stefano Negrini
- Розділ 4: Enrique Varela Donoso
- Розділ 5: Mauro Zampolini

- Розділ 6: Stefano Negrini
 - Розділ 7: Christoph Gutenbrunner
 - Розділ 8: Carlote Kiekens
 - Розділ 9: Maria Gabriella Ceravolo
 - Розділ 10: Alain Delarque
 - Розділ 11: Stefano Negrini
- Процес написання був організований наступними кроками:
- 31 грудня 2015 р. – Термін першого заклику до авторів для всіх делегатів та академіків;
 - 28 лютого 2016 р. – Термін подання другого заклику до авторів для всіх делегатів та академіків;
 - 15 липня 2016 р. – Термін написання “чутливих” підрозділів:
 - 3.2 етичні аспекти;
 - 4.5 команда ФРМ;
 - 5.1 напрямки розвитку сфери компетентностей у ФРМ;
 - 8.9. Зв’язок з іншими спеціальностями;
 - 8.10. Зв’язок з іншими фахівцями реабілітації
 - 15 серпня 2016 р. – Термін для всіх інших підрозділів
- Процес розгляду та перегляду був досить складним і повністю описаний у таблицях I та II. Він включав:
- чотири консенсусних конференції;
 - чотири цикли огляду / перегляду, в яких брали участь усі делегати / академіки (1-й та 3-й) або всі редактори та президенти (2-й та 4-й).

Таблиця I. Процес огляду та перегляду до консенсусної конференції в Мюнхені (9 березня 2017 року)

	Огляд	Перегляд
Перша консенсусна конференція (Комітет професійної практики Секції ФРМ ЄСМС)	25.08.2016 Прага (Чехія) По "чутливих" підрозділах	
Перший огляд / перегляд	30.09.2016 Внутрішні та зовнішні рецензенти за окремими підрозділами Делегати, академіки та редактори за окремими підрозділами	30.11.2016 Редактори за їх розділами
Другий огляд / перегляд	15.12.2016 Редактори всієї БК	07.01.2017 Редактори за їх розділами
Друга консенсусна конференція (редактори)	16 -17.12.2016 Фонд Don Gnocchi, Ровато (Брешія) – Італія За кожним окремим розділом	
Третій огляд / перегляд	21.01.2017 Редактори всієї БК	31.01.2017 Редактори за їх розділами
Третя консенсусна конференція (Європейські Органи ФРМ)	09.03.2017 Мюнхен (Німеччина) Делегати та академіки по усій БК	

Таблиця II. Процес огляду та перегляду після консенсусної конференції в Мюнхені

	Огляд	Перегляд
Четвертий огляд / перегляд	15.03.2017 Коментарі консенсусної конференції 15.04.2017 Збирання рекомендацій від усіх делегатів та академіків	20.06.2017 редактори за їх розділами
Четверта консенсусна конференція (редактори)	30.06 – 01.07.2017 University Hospital Leuven (Бельгія) Колектив редакторів по кожному окремому розділу	
Серпень 2017	Роздача фінальних частин всім делегатам та академікам	
П'ята консенсусна конференція (Комітет професійної практики Секції ФРМ ЄСМС)	08.09.2017 Братислава (Словачія) По передмові, короткому змісту, словнику та методології	
Осінь 2017	Голосування ЄТФРМ, Ради та Секції ФРМ ЄСМС у Братиславі	
Листопад 2017	ЄАРМ голосування в Ганновері	
Серпень-Листопад 2017	Лінгвістична корекція	

В цілому кожен раунд огляду та перегляду був спрямований на поліпшення та покращення тексту, щоб зробити його узгодженим між розділами та підрозділами. Перегляд завжди виконувалося редакторами персонально та / або колективно, щоб забезпечити одноманітність тексту.

Перший етап огляду завершився найважливішою конференцією з консенсусу (3-я), яка проходила 9го березня 2017 року в Мюнхені. Учасниками були всі делегати від ЄТФРМ та Секції та Ради ФРМ ЄСМС та всі академіки ЄАРМ. Кожен редактор своєї глави представив: зміст глави, отримані коментарі, відповіді на коментарі, зміни тексту відповідно до коментарів. Далі була проведена дуже коротка дискусія відповідно до наступних правил: усі делегати та академіки повинні були надсилати свої коментарі (5-й огляд) до 28 лютого. Оскільки загальне обговорення було неможливим через часові обмеження, деякі коментарі були дозволені, а потім всім учасникам довелося надсилати свої останні коментарі, як показано у таблиці II.

Публікація БК була запланована на січень 2018 року. Навесні 2017 року було вирішено спочатку звернутися до журналів, які опублікували попереднє друге видання (European Journal of PRM та Journal of Rehabilitation Medicine). Якщо вони приймуть правила, вони будуть двома журналами, що публікують БК. Правила включають в себе:

- Авторське право залишається у органах Альянсу Європейських Органів ФРМ;
- Відкритий он-лайн доступ;

- Безкоштовна версія для друку, включаючи тільки Білу Книгу;
- Публікація в січні 2018 р;
- Доступ до PubMed для всієї БК, включаючи передмову, вступ, короткий зміст та методологію;
- Кожна глава публікується, як окремий запис PubMed з загальним заголовком: Біла книга ФРМ в Європі. “Назва”. “Підзаголовок”;
- Визнання того, що документи будуть негайно пов’язані з веб-сайтом журналів, і що до публікації pdf на веб-сайті Альянсу Європейських Органів ФРМ буде встановлено 2-річне ембарго.

Офіційний запуск відбудеться під час Конгресу ЄТФРМ (з ЄАРМ та Секцією та Радою ФРМ ЄСМС) у Вільнюсі з 1 по 6 травня 2018 року. БК буде представлена під час церемонії відкриття, а різні глави будуть представлені в якості лекцій протягом усього Конгресу на відповідних тематичних засіданнях, щоб стати “особливим пунктом” всього Конгресу. Також була погоджена світова презентація з International Society of PRM (ISPRM) з 8 по 12 липня 2018 року під час Конгресу ISPRM у Парижі.

Посилання

1. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists, Physical Medicine and Rehabilitation Section, European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation. White Book of Physical and

- Rehabilitation Medicine in Europe. 1st Edition. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1989.
2. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. 1980. 207 p.
3. World Health Organization. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2014 Aug 19]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
4. Section of Physical and Rehabilitation Medicine Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Society for Physical and Rehabilitation Medicine. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Eur Medicophysica. 2006 Dec;42(4):292–332.
5. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007 Jan;(45 Suppl):6–47.
6. Convention on the rights of persons with disabilities [Internet]. [cited 2014 Nov 8]. Available from: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
7. Article 26 – Habilitation and rehabilitation | United Nations Enable [Internet]. [cited 2017 Jul 15]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-26-habilitation-and-rehabilitation.html>
8. WHO | World report on disability [Internet]. WHO. [cited 2014 Nov 8]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
9. WHO | WHO global disability action plan 2014-2021 [Internet]. WHO. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
10. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action: Meeting report [Internet]. WHO; 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Stefano Negrini, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini.
- Президенти Європейських органів ФРМ: Xanthi Michail (Президент ЄАРМ), Alain Delarque (Президент ЄТФРМ), Nicolas Christodoulou (Президент Секції ФРМ ЄСМС), Maria Gabriella Ceravolo (Президент ЕКФРМ та Ради ФРМ ЄСМС).
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

ДОДАТКИ

Додаток 1

Глосарій

Активність	Відповідно до МКФ – виконання завдання або дії особою
Обмеження активності	Відповідно до МКФ – труднощі, які може мати людина при виконанні активності.
Гостра фаза	Відноситься до періоду надходження до лікарні невідкладної допомоги після травми або хвороби, або після комплексного медичного лікування чи його ускладнень. Це також може застосовуватися до гострої події у особи з існуючим обмеженням життєдіяльності.
Адаптивна фізична активність	Визначається, як між-дисциплінарна сукупність знань, спрямована на виявлення та вирішення індивідуальних розбіжностей у фізичній активності. Це є професія, що надає послуги та сфера наукових досліджень, яка підтримує ставлення до прийняття індивідуальних відмінностей, виступає за посилення доступу до активного способу життя та спорту та сприяє інноваційній та кооперативній системам надання послуг та розширення можливостей. Адаптивна фізична активність включає, але не обмежується, фізичне виховання, спорт, рекреацію та реабілітацію.
Прикладне дослідження	Використання існуючих знань, спрямоване на конкретні цілі, такі як розробка нового лікарського засобу, нового медичного засобу або нового реабілітаційного втручання.
Водна терапія	Загальний термін, що відноситься до всіх лікувальних методів, які можна виконувати через воду, незалежно від їх складу
Бальнеологія	Гілка медичної науки, яке займається вивченням терапевтичного використання природних мінеральних вод, пару, газів та грязі. Це застосування називається Бальнеотерапією і включає в себе не тільки застосування ванн, але й інших модальностей, таких, як пиття вод, інгаляція та інші допоміжні методи (фізичні чинники, фактори середовища / кліматотерапія), маючи вигляд цілісного та комплексного терапевтичного підходу.
Бар'єри	Фактори середовища, які знижують функціонування / збільшують обмеження життєдіяльності.
Базові дослідження (фундаментальні або чисті дослідження)	“Знання для знання”, вивчення біомедичних феноменів, для формування повного їх розуміння.
Блокувальник ліжка	Пацієнт, якого було схвалено до виписки з стаціонару, але який не має альтернативного закладу, до якого він/вона може бути переведена, тим самим блокуючи використання цього ліжка іншими пацієнтами, особливо тими, у кого більш гострі захворювання або більш високі потреби
Bibliomed	це іспанська віртуальна медична бібліотека
Біомедичні дослідження	Включають дослідження біологічного процесу, причин захворювань, їх медичну діагностику, оцінку їх наслідків для функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я на індивідуальному та соціальному рівнях. Біомедичні дослідження також оцінюють впливи інтервенцій фізичної та реабілітаційної медицини на всіх цих рівнях.
Біопсихосоціальна модель	Це модель здоров'я, розроблена, як протилежність широко застосовуваної біомедичної. Вона стверджує, що здоров'я та хвороба визначаються динамічною взаємодією між біологічними (генетичними, біохімічними тощо), психологічними (настрій, особистість, поведінка тощо) та соціальними факторами (культурними, сімейними, соціально-економічними, медичними тощо). Вона також висловлює думку, що результат хвороби пов'язаний з цією складною взаємодією.
Функції організму	Відповідно до МКФ – фізіологічні функції систем організму (включаючи психологічні функції).
Структури організму	Відповідно до МКФ – анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх компоненти.
Здатність	Відповідно до МКФ – кваліфікатор, який описує здатність особи виконувати завдання чи дію. Ця конструкція вказує на найвищий можливий рівень функціонування особи у певному домені в певний час.
Хіропрактика	Школа та течія мануальної терапії, описаної Palmer в XIX столітті, за допомогою якої в організмі виконуються регулювання невеликих суглобів. Це етимологічно означає «практика руками».
Дослідження клінічного впливу	Нова концепція, визначена, як сфера досліджень з метою оцінки впливу втручань з охорони здоров'я та громадського здоров'я, що спрямовані на осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Глосарій (продовження)

Комітет з етики публікацій (COPE)	Неприбуткова організація. Місія полягає у визначенні найкращої практики в етиці видавничої діяльності.
Компенсаторні процеси	Процеси, що адаптують до нового (набутого) стану здоров'я за допомогою механізмів, заснованих на інших структурах / функціях організму, поведінкових змінах та / або допоміжних пристроях (протезах, ортезах або допоміжних засобах)
Контекстуальні фактори	Обставини, які можуть вплинути на наше життя та здоров'я. До контекстуальних факторів відносяться зовнішні фактори середовища та внутрішні особисті фактори.
Безперервний професійний розвиток	Процес відстеження та документування здобутих (лікарем ФРМ) навичок, знань та досвіду як офіційно, так і неофіційно під час роботи, за межами початкового навчання.
Безперервна медична освіта	Освітня діяльність, спрямована на підтримку, розвиток та підвищення знань, навичок та професійної роботи, які лікар ФРМ використовує протягом надання послуг в охороні здоров'я.
CINAHL (Кумулятивний каталог літератури з сестринської справи і суміжних професій з охорони здоров'я)	Каталог статей англомовних журналів та окремих журналів на інших мовах з сестринської справи, суміжних професій, біомедицини та охорони здоров'я.
Current Contents	Сервісна база даних зі швидким оповіщенням від Institute for Scientific Information, що зараз є частиною Thomson Reuters, з онлайн доступом та друкованими версіями в декількох різних тематичних розділах.
Обмеження життєдіяльності	Загальний термін, який охоплює порушення, обмеження активності та обмеження можливості участі, які можуть бути визначені як проблема особи, що виконує дії, які він або вона потребує та хоче робити, через те, що основний стан здоров'я – хвороба, травма або навіть старіння – впливає на його або її виконання в його чи її реальному середовищі.
Захворювання	Розлад структури або функції, який формує специфічні симптоми або ураження конкретної локалізації, що не є просто прямим результатом фізичного ушкодження
Фактори середовища	Серед контекстуальних факторів є зовнішніми факторами (<i>напр.</i> соціальні ставлення, особливості архітектури, правові та соціальні структури, а також клімат, місцевість тощо)
Європейська стратегія з обмежень життєдіяльності на 2010-2020 роки	Стратегія щодо збільшення участі людей з обмеженнями життєдіяльності в суспільстві та економіці та уможливлення здійснювати свої права повною мірою.
Європейські органи Фізичної та Реабілітаційної Медицини	Чотири європейські організації фізичної та реабілітаційної медицини: Європейська академія реабілітаційної медицини (ЕАРМ), Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини (ЕТФРМ), Секція з фізичної та реабілітаційної медицини Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ФРМ ЕСМС) та Європейський Коледж фізичної та реабілітаційної медицини (обслуговується Радою ФРМ ЕСМС).
Екстракорпоральна ударно-хвильова терапія (ЕУХТ)	Неінвазивна хірургічна процедура, що використовує різкі високоамплітудні імпульси механічної енергії, подібні до звукових хвиль, які генеруються електромагнітною котушкою або спалахом у воді для стимуляції загоєння деяких фізичних розладів ("Екстракорпоральне" означає, що ударні хвилі генеруються ззовні до тіла і передаються з котушки через шкіру).
Сприятливі фактори	Фактори середовища, що поліпшують функціонування / зменшують обмеження життєдіяльності
Функціональне оцінювання	Визначення рівня функціонування особи та можливості виконувати повсякденні завдання та потреби життя.
Функціонально-центричне	Будь-яке втручання в охороні здоров'я, спрямоване на покращення / відновлення функцій організму
Функціонування	Все, що роблять людські організми, та дії, які виконують люди. У МКФ функціонування працює з точки зору доменів функціонування, і ці домени поділяються на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Учасності. Функціонування є загальним терміном, що описує взаємодію особи та стану здоров'я в її/його середовищі (визначено в Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, ВООЗ 2001)
Ціль-спрямований (або ціль-орієнтований або орієнтований на завдання)	Кажуть про вправи, засновані на практиці цілеспрямованих рухових дій
Абілітація	У межах фізичної та реабілітаційної медицини цей термін відноситься до частини реабілітації, яка стосується віку зростання, коли не всі функції були розвинуті, і коли відповідно хвороби та порушення можуть негативно впливати на правильний розвиток деяких інших нормальних функцій.

Глосарій (продовження)

Стан здоров'я	Ситуація, яка перешкоджає здоров'ю (хвороби, розлади та травми). В МКФ обмеження життєдіяльності та функціонування розглядаються як результати взаємодії між станами здоров'я (хворобами, розладами та травмами) та контекстуальними факторами.
Холізм	Лікування всієї особи з урахуванням психічних та соціальних факторів, не тільки симптомів захворювання. У ФРМ воно не використовується для виправдання науково непідтверджених методів лікування, оскільки ФРМ – це первинна медична спеціальність, повністю заснована на доказах
Порушення	Відповідно до МКФ – проблеми у функції або структурі організму, такі, як значне відхилення або втрата.
Дослідження впровадження	Оцінка інтервенцій в сфері охорони здоров'я вдома, в умовах «реального світу»
Між-дисциплінарні дослідження	Виконуються в командах, які включають різні дисципліни або сукупність спеціалізованих знань
Процеси навчання	У ФРМ – нові рухові та поведінкові стратегії, які мають бути вивчені, щоб протидіяти обмеженню життєдіяльності та поліпшити функціонування при певному стані здоров'я.
Здоров'я життя	Є рівнем функціонування особи в його/її теперішньому середовищі, який залежить як від середовища людини, так і від біологічного здоров'я.
Довготривала фаза	Відноситься до довготривалого періоду після підгострої фази для осіб, які мають хронічні захворювання та довготривалі обмеження життєдіяльності або труднощі функціонування, коли ситуація стабілізується; акцент робиться на підтримці та вторинній профілактиці.
Мануальна медицина	Дисципліна, яка включає в себе всі діючі методи діагностики, оцінювання та втручання, які може виконати кваліфікований лікар, використовуючи переважно свої досвідчені руки. Вона включає як м'яко-тканинні, так і структурні техніки.
Механотерапія	Модальність фізичного втручання, розроблена Zander у XIX столітті і така, що складається з виконання терапевтичних вправ з використанням механічних пристроїв.
Медична діагностика	Класичний процес діагностики лікарями.
MEDLINE	(Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, або MEDLARS Online) – бібліографічна база даних з природничих наук та біомедичної інформації.
Спільна командна дія	див. нижче «команда фізичної та реабілітаційної медицини»
Мультимодальний підхід	Через фокус на порушення, обмеження активності та обмеження участі, увагу до особистих факторів та факторів середовища та мульти-професійну команду, підхід до ФРМ рідко ґрунтується на одному втручанні. У фізичній та реабілітаційній медицині пацієнти зазвичай лікуються із застосуванням широкого спектру втручань, що забезпечуються широким колом фахівців охорони здоров'я. Вони можуть включати, зокрема, терапію вправами, ерготерапію, терапію мовлення, нейропсихологічні методи втручання, поведінкову терапію, фізичну терапію, мануальну терапію. Кожен пацієнт лікується із застосуванням унікального підходу, відповідно до його захворювання, порушень, обмежень активності, обмежень можливості участі, факторів середовища та особистих факторів, в рамках повністю мультимодального та індивідуалізованого підходу.
Мульти-професійний	Кажуть про реабілітаційну команду, чії члени зазвичай належать до різних професійних сфер (<i>напр.</i> фізичні терапевти, терапевти мови та мовлення, ерготерапевти тощо).
Мульти-професійна команда	див. нижче «команда фізичної та реабілітаційної медицини»
Нейропластичність (або пластичність мозку)	Використовується для опису життєвого досвіду ремоделювання мереж головного мозку, що стимулюється досвідом, та особливо часто трапляється в дитинстві та одразу після ураження головного мозку.
Остеопатія	Школа і напрямок мануальної терапії, створена Still в XIX столітті, яка оцінює і лікує різні фізичні розлади шляхом коригування суглобів. Це етимологічно означає «шлях кісток».
Участь	Відповідно до МКФ – залучення до життєвої ситуації.
Обмеження можливості участі	Відповідно до МКФ – проблеми, які людина може зазнавати при залученні до життєвих ситуацій.
Система класифікації пацієнтів	Це система класифікування пацієнтів у однорідних групах відповідно до їх потреб в допомозі та пов'язаного фінансування.
Пацієнт-центричне	Будь-яке втручання в охороні здоров'я, спрямоване на покращення загального функціонування /благополуччя індивідуума
Рівний консультант	Це особа, яка має статус здоров'я чи обмежень життєдіяльності, такий же, як у пацієнта, і яка надає консультації, включаючи емоційну та інформаційну допомогу та заохочення.

Глосарій (продовження)

Виконання	Відповідно до МКФ – кваліфікатор, який описує те, що робить людина в її актуальному середовищі. Оскільки актуальне середовище завжди включає в себе загальний соціальний контекст, виконання також може розумітись, як «залучення до життєвої ситуації» або «життєвий досвід» людей у їх фактичному контексті.
Особисті фактори	Серед контекстуальних факторів є внутрішні фактори, які включають стать, вік, стилі подолання, соціальний стан, освіту, професію, минулий та поточний досвід, загальні поведінкові моделі, характер та інші фактори, які впливають на те, як людиною зазнається обмеження життєдіяльності.
Фізичний агент	Форма або спосіб системного застосування фізичної енергії до живих тканин для впливу на фізіологічні процеси у поєднанні з або для терапевтичних цілей. Фізичні агенти включають різні преформовані чинники, такі як термічні, акустичні, водні, механічні, електричні, магнітні або світлові. Етимологічно це означає «агенти природи», і, насправді, деякі фізичні агенти все ще застосовуються без будь-яких модифікацій відносно своєї природи.
Фізична та реабілітаційна медицина	Сучасне визначення спеціальності відповідно до Білої Книги: фізична та реабілітаційна медицина – це первинна медична спеціальність, яка відповідає за профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища.
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Лікар за спеціальністю фізична та реабілітаційна медицина; спеціаліст з фізичної та реабілітаційної медицини; так само, як і Фізіатр.
Фізична медицина	Частина фізичної та реабілітаційної медицини, що займається застосуванням фізичних модальностей, включаючи діагностичні чи терапевтичні методи; це включає терапевтичні вправи, оскільки вони засновані на фізичних зусиллях.
Фізична медицина та реабілітація	Старе визначення спеціальності, яке все ще зберігається в деяких країнах за межами Європи (зокрема США, але не тільки). Зараз замінюється на «Фізична та Реабілітаційна Медицина».
Фізичні модальності	Інструменти, що використовуються для застосування фізичних зовнішніх терапевтичних сил. Іноді також називаються Фізична терапія та/або Фізіотерапія
Фізична терапія	Частина фізичної та реабілітаційної медицини, яка займається застосуванням фізичних модальностей. Іноді також називається фізіотерапією.
Фізіотерапевт (фізичний терапевт)	Фахівець реабілітації в галузі охорони здоров'я, який практикує фізіотерапію. Не є лікарем. Не плутати з лікарем Фізичної та реабілітаційної медицини.
Фізіотерапія	Одна з областей фізичної та реабілітаційної медицини або модальностей втручання, яка зазвичай практикується фізичними терапевтами. Іноді також називають фізичною терапією. У деяких випадках деякі з цих втручань застосовуються лікарями ФРМ.
Підгостра фаза	Відноситься до періоду після гострої фази після раптового настання стану, коли пацієнт медично є досить стабільним; також пацієнтам з періодичними, прогресуючими або стабільними станами можливо допомогти у фазах зміни потреб; в цій фазі продовжується розвиток пацієнта.
Післядипломний	Зазвичай, будь-який навчальний курс, присвячений особам що закінчили ступінь першого рівня. Для лікарів це також включає навчання та освіту для здобуття знань та навичок у спеціалізованій галузі медицини.
Потенціал відновлення	Через процеси репарації вони також пов'язані з особистими факторами та факторами середовища. Лікарі ФРМ пропонують та планують реабілітацію, за наявності потенціалу відновлення (функціональний прогноз).
Доклінічні дослідження	Включають експерименти в клітинах та на тваринних моделях, що не є людьми.
Преабілітація	Навчальна програма та доопераційні фізичне та/або психологічне кондиціонування, що підвищує функціональні та психічні розумові здібності, спрямовані на поліпшення післяопераційних функціональних результатів.
Первинне дослідження	Оригінальне дослідження з перших рук; публікацію його результатів буде написано особою(ами), яка(і) брала(и) участь в дослідженні.
Втручання фізичної та реабілітаційної медицини	Будь які діагностичні або терапевтичні дії або процедури, пов'язані зі сферою компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини
PsycINFO	База даних резюме літератури в сфері психології.
Реабілітаційний цикл	Повторюваний процес оцінювання, призначення, втручання та оцінки реабілітаційних потреб та цілей людини.

Глосарій (продовження)

Реабілітація	Набір заходів, які допомагають особам, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти та підтримувати оптимальне функціонування при взаємодії зі своїми середовищами.
Реабілітаційна медицина	Назва, присвоєна спеціальності в деяких країнах Європи, але не визнана на міжнародному рівні. Розглядається деякими, як частина фізичної та реабілітаційної медицини, яка займається реабілітацією, за винятком фізичних модальностей та/або фізичної терапії: оскільки реабілітація є цілісною і включає в себе всі втручання, що базуються на доказах, які дозволяють реабілітувати людей, які зазнали обмежень життєдіяльності, тож не можливо виключати фізичні модальності, що мають доказову базу.
Реабілітаційна програма	Реабілітаційна програма – це хронологічний перелік діагностичних і терапевтичних дій та заходів, що необхідні для реагування на реабілітаційні потреби та цілі пацієнта; це може бути для конкретної фази або протягом континууму допомоги.
Реабілітаційні послуги	Реабілітаційні послуги – це особисті та неособисті нематеріальні продукти, що пропонуються особам зі станом здоров'я, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, або їх неофіційним доглядачам в рамках організованих закладів, у взаємодії між надавачем та особою, спрямовані на індивідуальні функціональні потреби, які націлені на уможливлення осіб досягнути та підтримувати оптимальне функціонування, зважаючи на інтеграцію інших послуг, що спрямовані на потреби індивідууму, включаючи послуги з охорони здоров'я, соціальні, трудові та освітні послуги, та надаються фахівцями реабілітації, іншими фахівцями охорони здоров'я або належним чином навченими працівниками місцевих громад.
Процеси репарації	Здатність організму відновитись після хвороби, розладів або травм. Вони в основному пов'язані з кількістю та історією розвитку захворювань та порушень.
Робототехніка	Медична дисципліна, за допомогою якої, використовуючи розумні технологічні пристрої, які взаємодіють з суб'єктами та/або їх середовищем, індивідуумами, допомагають тренувати і відновлювати втрачені фізичні функції.
Науковий індекс цитування (SCI)	Це індекс цитування, який спочатку був розроблений Institute for Scientific Information (ISI), охоплює понад 8500 відомих та видатних журналів у 150 дисциплінах з 1900 року дотепер.
SCImago	Це класифікатор журналів (індикатор SJR), що вимірює науковий вплив наукових журналів, що враховує як кількість цитувань, отриманих журналом, так і важливість або престиж журналів, з яких виходить цитування.
Scopus	Бібліографічна база даних з рефератами та цитуваннями статей академічних журналів, що охоплюють майже 22 000 найменувань з понад 5000 видавництв, з яких 20 000 є рецензованими журналами з наукових, технічних, медичних та соціальних наук (включаючи мистецтво та гуманітарні науки);
Вторинні дослідження	Це аналіз та інтерпретація публікацій первинних досліджень у галузі з специфічною методологією. Кокранівська реабілітаційна сфера є прикладом вторинних досліджень.
Sedbase	Це база даних побічних дій ліків
Лікар СПА	Лікар-експерт з природної мінеральної води, її впливу на організм та управління, який, зазвичай, працює в Термальних закладах або закладах Бальнеотерапії; при отриманні кваліфікації (набуття в деяких європейських країнах певної спеціальності або компетентності), лікарі СПА називаються лікарями медичної гідрології (гідрологи) або лікарями бальнеології (бальнеологи).
Ґрунтований на команді	Будь-яке втручання в охороні здоров'я, яке було надано, як результат процесу спільного прийняття рішень у мульти-професійній команді.
Термальний заклад	Місце проведення лікувальних процедур за допомогою природної мінеральної води.
Трансляційні медичні дослідження	Дослідження та розробки, які пропонують перехід від фундаментальних досліджень до комерційно життєздатних застосувань (від «лави до ліжка»)
Сортування	Вибір та призначення втручань пацієнтам за системою пріоритетів, виходячи з потреби пацієнтів у допомозі, що побудована з метою максимізації результату.
Конвенція ООН з прав людини 2005	Впровадження Загальної декларації.
Універсальна Загальна декларація прав людини ООН	Прихильність урядів прогресивним заходам для забезпечення загального та ефективного визнання та дотримання прав людини.
Додипломний	Вхідний рівень студентів університету. Він включає в себе всі академічні програми до рівня бакалаврського ступеня, або, у випадку студентів-медиків, магістерського ступеня.

Глосарій (продовження)

Віртуальна реальність	Дисципліна, заснована на використанні комп'ютерів та інших пристроїв, метою яких є створення вигляду реальності, що дозволяє користувачеві мати відчуття присутності у ній.
Професійна реабілітація	Процес, який уможлиблює особам з функціональними, психологічними, розвитковими, когнітивними та емоційними порушеннями, або обмеженнями життєдіяльності, пов'язаними зі здоров'ям, подолати бар'єри доступу, підтримання або повернення на оплачувану роботу чи інше корисне заняття.
Лабораторія ходьби	Система вимірювання, яка дозволяє проводити моніторинг під час пересування, збираючи інформацію про всі його аспекти та характеристики.
«Глобальний план дій щодо обмежень життєдіяльності» ВООЗ	2014-2021 рр. Ініціатива «Краще здоров'я для всіх людей з обмеженнями життєдіяльності»

Команда фізичної та реабілітаційної медицини

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

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

- мульти-професійна команда: команда, що складається з багатьох фахівців реабілітації (*напр.* лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення, медичні сестри та/або інші);

- між-дисциплінарна співпраця: співпраця між різними медичними спеціальностями (*напр.* лікар ФРМ, травматолог, невролог, кардіолог та/або інші).

Термін “мульти-професійна команда” буде використовуватися для реабілітаційної команди, що складається з різних фахівців реабілітації, термін “між-дисциплінарне консультування” – для співпраці лікарів ФРМ з іншими медичними спеціалістами і термін “спільна робота команди” – для команди, яка працює в між-дисциплінарному, мульти-дисциплінарному або транс-дисциплінарному порядку відповідно до умов і потреб.

Командою фізичної та реабілітаційної медицини є мульти-професійна команда, яка працює спільно з іншими дисциплінами під керівництвом лікаря ФРМ.

Список учасників

Автори та власники авторських прав – Альянс Європейських Органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини	
Académie Européenne de la Médecine de Réadaptation – Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ)	
Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ)	
Секція з Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ФРМ ЄСМС)	
Європейський Коледж Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄКФРМ – в особі Ради ФРМ ЄСМС)	
Керівний комітет	
Negrini Stefano (Секція ФРМ ЄСМС) – Координатор	Clinical and Experimental Sciences Department, University of Brescia, Brescia, Італія IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Milan, Італія
Moslavac Saša (ЄКФРМ) – Секретар	Spinal Unit, Special Hospital for Medical Rehabilitation Varaždinske Toplice Referral Centre for Rehabilitation of Spinal Cord Injuries, Ministry of Health, Хорватія
Cantista Pedro (ЄТФРМ)	Centro Hospitalar Universitário do Porto ICBAS – Universidade do Porto, Португалія
Devečerski Gordana (ЄТФРМ)	Clinic for medical rehabilitation, Clinic center of Vojvodina Medical faculty, University of Novi Sad, Республіка Сербія
Gutenbrunner Christoph (ЄАРМ)	Department of Rehabilitation Medicine Hannover Medical School, Німеччина
Juocevičius Alvydas (ЄКФРМ)	The Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Center Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Литва
Varela-Donoso Enrique (Секція ФРМ ЄСМС)	Physical and Rehabilitation Medicine Department, Complutense University, Madrid, Іспанія
Ward Anthony B (ЄАРМ)	North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, Велика Британія Staffordshire University, Stoke on Trent, Велика Британія
Редактори	
Negrini Stefano (Секція ФРМ ЄСМС) – Координатор	Clinical and Experimental Sciences Department, University of Brescia, Brescia, Італія IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Milan, Італія
Moslavac Saša (ЄКФРМ) – Секретар	Spinal Unit, Special Hospital for Medical Rehabilitation Varaždinske Toplice Referral Centre for Rehabilitation of Spinal Cord Injuries, Ministry of Health, Хорватія
Cantista Pedro	Centro Hospitalar Universitário do Porto ICBAS – Universidade do Porto, Португалія
Ceravolo Maria Gabriella	Президент Ради ФРМ ЄСМС Department of Experimental and Clinical Medicine Politecnica University of Marche, Італія
Christodoulou Nicolas	Президент Секції ФРМ ЄСМС European University Cyprus – Medical School Limassol Centre of PRM, Кіпр
Delarque Alain	Президент Європейського Товариства Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ) Pôle Médical Intersites de Médecine Physique et de Réadaptation-Médecine du Sport Institut Universitaire de Réadaptation (IUR) Institut des Neurosciences de La Timone (INT), Marseille, Франція

Редактори (продовження)

Gutenbrunner Christoph	Department of Rehabilitation Medicine Hannover Medical School, Німеччина
Kiekens Carlote	Physical and Rehabilitation Medicine University Hospitals Leuven Leuven, Бельгія
Varela-Donoso Enrique	Physical and Rehabilitation Medicine Department Complutense University, Madrid, Іспанія
Ward Anthony B	North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, Велика Британія
Zampolini Mauro	Staffordshire University, Stoke on Trent, Велика Британія Генеральний Секретар Секції ФРМ ЄСМС Rehabilitation Network of Umbria Region Foligno Hospital, Foligno (Perugia), Італія

Перші автори

Antunes Filipe	Portuguese delegate and national manager of Ordem dos Médicos to UEMS Board and Section, Португалія
Boldrini Paolo	Past Президент, Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SIMFER) Former Director, Dept. of Rehabilitation Medicine, ULSS2 Marca Trevigiana and Rehabilitation Hospital Motta di Livenza, Treviso, Італія
Boyer François Constant	Sébastien Hospital, PMR department, Reims Champagne University, Франція
Burn John PS	Poole Hospital, Велика Британія
Cantista Pedro	Centro Hospitalar Universitário do Porto ICBAS – Universidade do Porto, Португалія
Ceravolo Maria Gabriella	Президент Ради ФРМ ЄСМС Department of Experimental and Clinical Medicine Politecnica University of Marche, Італія
Christodoulou Nicolas	Президент Секції ФРМ ЄСМС European University Cyprus – Medical School Limassol Centre of PRM, Кіпр
Delarque Alain	Президент Європейського Товариства Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ) Pôle Médical Intersites de Médecine Physique et de Réadaptation-Médecine du Sport Institut Universitaire de Réadaptation (IUR) Institut des Neurosciences de La Timone (INT) Marseille, Франція
Devečerski Gordana	Clinic for medical rehabilitation, Clinic center of Vojvodina Medical faculty, University of Novi Sad, Республіка Сербія
Didier Jean-Pierre	Secrétaire général adjoint de l'Académie Européenne de Médecine Physique Médecine Physique et Réadaptation Université de Bourgogne-Franche Comté, Франція
Foti Calogero	Tor Vergata University, Rome, Італія
Franchignoni Franco	Паст-Президент та Пожиттєвий Член Ради ФРМ ЄСМС Почесний член Європейської Академії Реабілітаційної Медицини, Novara, Італія
Grimby Gunnar	Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Neuroscience, Institute of Physiology and Neuroscience, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Gothenburg, Швеція
Gutenbrunner Christoph	Department of Rehabilitation Medicine Hannover Medical School, Німеччина
Илева Елена М.	Medical University of Plovdiv Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Болгарія
Janssen Wim G.M.	Consultant Rehabilitation Medicine Dept Rehabilitation Medicine, rve Erasmus MC Rijndam, Rotterdam, Нідерланди
Juocevicus Alvydas	The Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Center Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Литва
Kiekens Carlote	Physical and Rehabilitation Medicine University Hospitals Leuven Leuven, Бельгія

Перші автори (продовження)

Küçükdeveci Ayşe A.	Ankara University, Faculty of Medicine Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Туреччина
Lains Jorge	Centro de Medicina de Reabilitação – Rovisco Pais, Universidade Católica – Medical Dentistry School, ABPG – PRM Department Coimbra, Португалія
Laxe Sara	Brain injury and Neurorehabilitation Institut Guttmann, Hospital for Neurorehabilitation linked to UAB, Badalona, Barcelona, Іспанія Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Іспанія Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Іспанія
McElligott Jacinta	National Rehabilitation Hospital, Dun Laoghaire Co Dublin, Ірландія
McNamara Angela	National Rehabilitation Hospital Dublin, Ірландія
Michail Xanthi	Президент ЄАРМ Faculty of Health and Caring Professions Athens University of Applied Sciences, Греція
Negrini Stefano	Clinical and Experimental Sciences Department, University of Brescia, Brescia, Італія IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Milan, Італія
Oral Aydan	Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Туреччина
Özçakar Levent	Hacettepe University Medical School Department of Physical and Rehabilitation Medicine Ankara, Туреччина
Quittan Michael	Institute of Physical Medicine & Rehabilitation Kaiser-Franz-Josef Hospital, Vienna, Австрія
Rapidi Christina-Anastasia	Vice Президент of the Hellenic Society of PRM Президент of the SCI Section of the Hellenic Society of PRM Chair of Special Interest Scientific Committee for SCI of the European Society of PRM PRM Department, General Hospital “G.Gennimatas”, Athens, Греція
Rode Gilles	Université de Lyon Neuroscience Research Center, ImpAct Team Hospices Civils de Lyon, Hôpital Henry Gabrielle, Plate-forme Mouvement et Handicap, Lyon, Франція
Singh Rajiv K	Sheffield Teaching Hospitals/University of Sheffield, Велика Британія
Sjölund Bengt H.	Dept. of Public Health University of Southern Denmark, Данія
Stam Henk J.	Erasmus Medical Center, Rehabilitation Medicine St. Jansteen, Нідерланди
Stucki Gerold	Department of Health Sciences and Health Policy, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Lucerne, Lucerne, Switzerland Swiss Paraplegic Research (SPF), Nottwil, Швейцарія ICF Research Branch, a cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Німеччина (at DIMDI), Nottwil, Швейцарія
Takáč Peter	Pavol Jozef Safarik University Faculty of Medicine Kosice and L. Pasteur University Hospital, Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Kosice, Словаччина
Tederko Piotr	Department of Rehabilitation of the 1st Medical Faculty, Medical University of Warsaw, Польща
Ward Anthony B	North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, Велика Британія
Zampolini Mauro	Staffordshire University, Stoke on Trent, Велика Британія Генеральний Секретар Секції ФРМ ЄСМС Rehabilitation Network of Umbria Region Foligno Hospital, Foligno (Perugia), Італія

Співавтори

Aguiar-Branco Catarina	PRM Department, CHEDV – Hospital Feira MD Faculty, University of Oporto, Португалія
Aivars Vetra	Riga Stradins University, Riga, Латвія
Antunes Filipe	Portuguese delegate and national manager of Ordem dos Médicos to UEMS Board and Section, Португалія
Bardot Philippe	DES de médecine physique et réadaptation Médecin chef de pôle enfants /adolescents IRF Pomponiana Olbia Нуєрес, Франція
Barotsis Nikolaos	Наступний Президент Ради ФРМ ЄСМС Academic & Research Fellow, Rehabilitation Centre, Patras University, Rio – Греція PRM Outpatient Clinic, Naхos, Греція
Bertolini Carlo (+)	Почесний член ЄАРМ Паст-Президент Ради ФРМ ЄСМС Professor in PRM, Rome, Італія
Bickenbach Jerome	Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne and Swiss Paraplegic Research (SPF), Nottwil, Швейцарія
Borg Kristian	Division of Rehabilitation Medicine, department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet, Dandeyd University Hospital, Stockholm, Швеція
Cantista Pedro	Centro Hospitalar Universitário do Porto ICBAS – Universidade do Porto, Португалія
Ceravolo Maria Gabriella	Президент Ради ФРМ ЄСМС Department of Experimental and Clinical Medicine Politecnica University of Marche, Італія
Chaler Joaquim	PM&R department. Egarsat. Terrassa. Catalonia. Іспанія Editor-in-chief. Rehabilitación(Madr). Spanish Society of PM&R (SERMEF), Madrid, Іспанія EUSES Physiotherapy Interuniversity Degree. Universitat de Girona-Universitat de Barcelona. Campus Bellvitge. L'Hospitalet, Catalonia, Іспанія
Chamberlain Anne	Emeritus Prof Of Rehabilitation Medicine, University of Leeds, Велика Британія
Christodoulou Nicolas	Президент Секції ФРМ ЄСМС European University Cyprus – Medical School Limassol Centre of PRM, Кіпр
Delargy Mark	National Rehabilitation Hospital, Dublin, Ірландія
Delarque Alain	Президент Європейського Товариства Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ) Rôle Médical Intersites de Médecine Physique et de Réadaptation -Médecine du Sport Institut Universitaire de Réadaptation (IUR) Institut des Neurosciences de La Timone (INT) Marseille, Франція
Devečerski Gordana	Clinic for medical rehabilitation, Clinic center of Vojvodina Medical faculty, University of Novi Sad, Республіка Сербія
Didier Jean-Pierre	Secrétaire général adjoint de l'Académie Européenne de Médecine Physique Médecine Physique et Réadaptation Université de Bourgogne-Franche Comté, Франція
Foti Calogero	Tor Vergata University, Rome, Італія
Franchignoni Franco	Паст-Президент та Пожиттєвий Член Ради ФРМ ЄСМС Почесний член Європейської Академії Реабілітаційної Медицини, Novara, Італія
Giustini Alessandro	Rehabilitation Hospital San Pancrazio (Trento-Arco) Scientific Committee Rehabilitation Santo Stefano Group, Італія
Glaesener Jean-Jacques	Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg, Німеччина
Grabljevec Klemen	University Rehabilitation Institute, Ljubljana, Словенія
Grimby Gunnar	Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Neuroscience, Institute of Physiology and Neuroscience, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Gothenburg, Швеція
Gutenbrunner Christoph	Department of Rehabilitation Medicine Hannover Medical School, Німеччина

Співавтори (продовження)

Hornáček Karol	Slovenská zdravotnícka univerzita (Slovak Healthcare University) Bratislava, Словаччина
Jandric Slavica Dj.	Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, University of Banja Luka, Banja Luka, Republic of Srpska, Боснія та Герцеговина
Janssen Wim G.M.	Consultant Rehabilitation Medicine Dept Rehabilitation Medicine, rve Erasmus MC Rijndam, Rotterdam, Голандія
Juocevičius Alvydas	The Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Center, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Литва
Kiekens Carlote	Physical and Rehabilitation Medicine University Hospitals Leuven Leuven, Бельгія
Küçükdeveci Ayşe A.	Ankara University, Faculty of Medicine Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Туреччина
Kujawa Jolanta	Department of PRM, Medical University of Lodz, Польща
Laxe Sara	Brain injury and Neurorehabilitation Institut Guttmann, Hospital for Neurorehabilitation linked to UAB, Badalona, Barcelona, Іспанія
Marinček Črt	Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Іспанія
McElligott Jacinta	Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Іспанія
McNamara Angela	University of Ljubljana, SFEBPRM, EAPRM (Hon.Mem.), Editor-in-Chief of the Int. J. Rehab. Res., Словенія
Michail Xanthi	National Rehabilitation Hospital, Dun Laoghaire Co Dublin, Ірландія
Michel Carine	National Rehabilitation Hospital Dublin, Ірландія
Moslavac Saša	Президент ЄАРМ Faculty of Health and Caring Professions Athens University of Applied Sciences, Греція
Negrini Stefano	Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Campus Universitaire, Université de Bourgogne, Dijon, Франція
Nulle Anda	INSERM, U 1093, Cognition, Action et Plasticité Sensorimotrice, Dijon, Франція
Nunes Renato	Spinal Unit, Special Hospital for Medical Rehabilitation Varaždinske Toplice Referral Centre for Rehabilitation of Spinal Cord Injuries, Ministry of Health, Хорватія
Oral Aydan	Clinical and Experimental Sciences Department, University of Brescia, Brescia, Італія IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Milan, Італія
Páscoa Pinheiro João	National Rehabilitation centre "Vaivari", Jurmala, Латвія
Paysant Jean	Department of Pediatric Rehabilitation Unit Department of Traumatic Brain Injury Rehabilitation Unit Neuropsychological Rehabilitation Centro de Reabilitação do Norte, Porto, Португалія
Pérennou Dominic	Portuguese Society of Physical and Rehabilitation Medicine (Vice-Президент) Portuguese Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (Editor-in-Chief)
Popa Daiana	Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Туреччина
Rapin Amandine	PRM Department, Faculty of Medicine, Coimbra University, Португалія
Rossetti Yves	Institut Régional de médecine physique et de réadaptation, Nancy, Франція
Rosulescu Eugenia	Dept de MPR, Institut de Rééducation, Hôpital sud CHU-Grenoble-Alpes, Echirolles, Франція
Singh Rajiv K	Rehabilitation Hospital Felix Spa General Secretary of Romanian Society of Rehabilitation Medicine, Румунія
Smolenski Ulrich Christian	Sébastopol Hospital, PMR Department, Reims Champagne Ardenne University, Reims, Франція
	Université de Lyon, Université Lyon 1, INSERM U1028; CNRS UMR5292; Lyon Neuroscience Research Center, ImpAct Team, Lyon, Франція
	Hospices Civils de Lyon, Hôpital Henry Gabrielle, Plate-forme Mouvement et Handicap, Lyon, Франція
	Department of Physiotherapy and Sports Medicine University of Craiova, Румунія
	Sheffield Teaching Hospitals/University of Sheffield, Велика Британія
	Institute of Physiotherapy – University Hospital / Friedrich Schiller University of Jena, Німеччина

Співавтори (продовження)

Stam Henk J.	Erasmus Medical Center, Rehabilitation Medicine St. Jansteen, Нідерланди
Stibrant Sunnerhagen Katharina	Institute of neuroscience and physiology, Sahlgrenska Academy, Univ of Gothenburg, Швеція
Takáč Peter	Pavol Jozef Safarik University Faculty of Medicine Kosice and L. Pasteur University Hospital, Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Kosice, Словаччина
Tesio Luigi	Physical and Rehabilitation Medicine, Università degli Studi Director, Department of Neurorehabilitation Sciences, Istituto Auxologico Italiano-IRCCS, Milano, Італія
Valero-Alcaide Raquel	Department Physical Medicine and Rehabilitation Universidad Complutense de Madrid, Іспанія
Varela-Donoso Enrique	Physical and Rehabilitation Medicine Department, Complutense University, Madrid, Іспанія
Votava Jiri	Faculty of Health Studies, University of J.E. Purkyně, Usti nad Labem, Чехія
Wade Derick T	Movement Science Group Oxford Brookes University, Oxford, Велика Британія
Ward Anthony B	Professor of Rehabilitation Medicine, North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, Велика Британія
Wever Daniel	Staffordshire University, Stoke on Trent, Велика Британія
Winkelmann Andreas	Rehabilitation centre Roessingh, Enschede, Нідерланди
Zampolini Mauro	Department for Orthopaedic surgery, Physical medicine and rehabilitation Medical faculty of the University of Munich, Німеччина
	Генеральний Секретар Секції ФРМ ЄСМС Rehabilitation Network of Umbria Region Foligno Hospital, Foligno (Perugia), Італія

Внутрішні рецензенти

Aguiar-Branco Catarina	PRM Department, CHEDV – Hospital Feira MD Faculty, University of Oporto, Португалія
Borg Kristian	Division of Rehabilitation Medicine, department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet, Dandeyd University Hospital, Stockholm, Швеція
Ceravolo Maria Gabriella	Президент Ради ФРМ ЄСМС Department of Experimental and Clinical Medicine Politecnica University of Marche, Італія
Christodoulou Nicolas	Президент Секції ФРМ ЄСМС European University Cyprus – Medical School Limassol Centre of PRM, Кіпр
Damjan Hermina	Словенія
Delarque Alain	Президент Європейського Товариства Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ) Pôle Médical Intersites de Médecine Physique et de Réadaptation -Médecine du Sport Institut Universitaire de Réadaptation (IUR) Institut des Neurosciences de La Timone (INT) Marseille, Франція
Devečerski Gordana	Clinic for medical rehabilitation, Clinic center of Vojvodina Medical faculty, University of Novi Sad, Республіка Сербія
Didier Jean-Pierre	Secrétaire général adjoint de l'Académie Européenne de Médecine Physique Professeur émérite Médecine Physique et Réadaptation Université de Bourgogne-Franche Comté, Франція
Fazekas Gabor	National Institute for Medical Rehabilitation, Budapest, Угорщина
Foti Calogero	Tor Vergata University, Rome, Італія
Frischknecht Rolf	Виконавчий Комітет Секції Фізичної та реабілітаційної медицини ЄСМС Unit for Neurorehabilitation and Physical Medicine, Department of Clinical Neurosciences, Lausanne University Hospital, 1011 Lausanne, Швейцарія
Giustini Alessandro	Scientific Director Rehabilitation Hospital San Pancrazio (Trento-Arco) Scientific Committee Rehabilitation Santo Stefano Group, Італія
Glaesener Jean-Jacques	Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg, Німеччина

Внутрішні рецензенти (продовження)

Gutenbrunner Christoph	Department of Rehabilitation Medicine Hannover Medical School, Німеччина
Juocevičius Alvydas	The Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Center, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Литва
Kiekens Carlote	Physical and Rehabilitation Medicine University Hospitals Leuven Leuven, Бельгія
Küçükdeveci Ayşe A.	Ankara University, Faculty of Medicine Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Туреччина
Kujawa Jolanta	Department of PRM, Medical University of Lodz, Польща
Laxe Sara	Brain injury and Neurorehabilitation Institut Guttmann, Hospital for Neurorehabilitation linked to UAB, Badalona, Barcelona, Іспанія Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Іспанія Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Іспанія
Lejeune Thierry	Physical Medicine and Rehabilitation Cliniques universitaires Saint-Luc Université catholique de Louvain, Bruxelles, Бельгія
Moslavac Saša	Spinal Unit, Special Hospital for Medical Rehabilitation Varaždinske Toplice Referral Centre for Rehabilitation of Spinal Cord Injuries, Ministry of Health, Хорватія
Negrini Stefano	Clinical and Experimental Sciences Department, University of Brescia, Brescia, Італія IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Milan, Італія
Nunes Renato	Department of Pediatric Rehabilitation Unit Department of Traumatic Brain Injury Rehabilitation Unit Neuropsychological Rehabilitation Centro de Reabilitação do Norte, Porto, Португалія Portuguese Society of Physical and Rehabilitation Medicine (Vice-Президент) Portuguese Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (Editor-in-Chief), Португалія
Páscoa Pinheiro João	PRM Department, Faculty of Medicine. Coimbra University, Португалія
Paternostro-Sluga Tatjana	Department of Physical Medicine and Rehabilitation Vienna Danube Hospital, Social Medical Center East, Vienna, Австрія
Playford Diane	Warwick Medical School, University of Warwick, Central England Rehabilitation Unit, South Warwickshire Foundation Trust, Велика Британія
Popa Daiana	Rehabilitation Hospital Felix Spa General Secretary of Romanian Society of Rehabilitation Medicine, Румунія
Rapidi Christina-Anastasia	Vice Президент of the Hellenic Society of PRM Президент of the SCI Section of the Hellenic Society of PRM Chair of Special Interest Scientific Committee for SCI of the European Society of PRM PRM Department, General Hospital "G.Gennimatas", Athens, Греція
Rode Gilles	Université de Lyon Neuroscience Research Center, ImpAct Team Hospices Civils de Lyon, Hôpital Henry Gabrielle, Plate-forme Mouvement et Handicap, Lyon, Франція
Sjölund Bengt H.	Dept. of Public Health University of Southern Denmark, Данія
Stibrant Sunnerhagen Katharina	Institute of neuroscience and physiology, Sahlgrenska Academy, Univ of Gothenburg, Швеція
Stucki Gerold	Department of Health Sciences and Health Policy, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Lucerne, Lucerne, Switzerland Swiss Paraplegic Research (SPF), Nottwil, Швейцарія ICF Research Branch, a cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Німеччина (at DIMDI), Nottwil, Швейцарія
Takáč Peter	Pavol Jozef Safarik University Faculty of Medicine Kosice and L. Pasteur University Hospital, Department of Physical and Rehabilitation Medicine, Kosice, Словаччина
Valero-Alcaide Raquel	Department Physical Medicine and Rehabilitation Universidad Complutense de Madrid, Іспанія
Vetra Aivars	Riga Stradins University, Riga, Латвія
Ward Anthony B	North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, Велика Британія. Professor of Rehabilitation Medicine, Staffordshire University, Stoke on Trent, Велика Британія
Wever Daniel	Rehabilitation centre Roessingh, Enschede, Нідерланди
Zampolini Mauro	Генеральний Секретар Секції ФРМ ЄСМС Rehabilitation Network of Umbria Region Foligno Hospital, Foligno (Perugia), Італія

Зовнішні рецензенти

Avellanet Mercè Basaglia Nino	Rehabilitation Department, Hospital N Sra de Meritxell, Андорра Department of Neuroscience and Rehabilitation University Hospital of Ferrara, Італія
Bickenbach Jerome	Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne and Swiss Paraplegic Research (SPF), Nottwil, Швейцарія
Bradley Lloyd Brocard Frédéric	Western Sussex Hospitals NHS Trust, Велика Британія Team P3M, Institut de Neurosciences de la Timone (UMR7289), Aix-Marseille Université and CNRS, Marseille, Франція
Castellote Juan M.	National School of Occupational Medicine, Carlos III Institute of Health, Madrid, Іспанія Department of Physical Medicine and Rehabilitation, School of Medicine, Complutense University of Madrid, Madrid, Іспанія
Dy Rochelle T.	Baylor College of Medicine Pediatric Rehabilitation Medicine Fellowship Program Director, Houston, Texas, США
Frontera Walter Garreta Figuera Roser	University of Puerto Rico School of Medicine, США Universitari Mútua de Terrassa, Іспанія Egarsat, Barcelona, Іспанія
Geertzen Jan HB	Department of Rehabilitation Medicine Department of Sports Medicine University Medical Center Groningen
Gimigliano Francesca	UMCG, member of the board of Center of Excellence for Rehabilitation, Нідерланди Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Італія
Haig Andrew J.	Physical Medicine and Rehabilitation, The University of Michigan Ann Arbor, Michigan, США
Hoppe Kurt	Mayo Clinic Rochester, MN, США
Imamura Marta	Departamento de Medicina Legal, Etica Medica e Medicina Social e do Trabalho, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, Бразилія
Jacquemin Géraldine	Université de Montréal, Montreal Gingras-Lindsay Rehabilitation Institute, Canada Centre Hospitalier Valida, Brussels, Бельгія
Li Jianan	First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Китай Immediate Past Президент of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Geneva, Швейцарія Medical Rehabilitation Center, First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Китай Zhongshan Rehabilitation Hospital affiliated to Nanjing Medical University, Китай Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation International associate of National Academy of Medicine, США
Li Leonard	Division of Rehabilitation, Department of Medicine Tung Wah Hospital and University of Hong Kong, Гонконг
Martínez Assucena María Amparo Miangolarra-Page JC	Rehabilitation Department of Hospital Requena, Valencia, Іспанія "Rey Juan Carlos" University, Laboratory of Movement Analysis, Biomechanics, Ergonomics and Motor Control Fuenlabrada University Hospital, Madrid, Іспанія
Neumann Vera	Consultant and Honorary Senior Lecturer, Rehabilitation Medicine, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and University of Leeds (retired), Велика Британія
O'Connor Rory J	Charterhouse Professor of Rehabilitation Medicine, Academic Department of Rehabilitation Medicine, Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, School of Medicine, Faculty of Medicine and Health, University of Leeds, Велика Британія
Padua Luca	Department of Geriatrics, Neurosciences and Orthopaedics, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Італія Don Carlo Gnocchi Onlus Foundation, Milan, Італія
Pérennou Dominic	Dept de MPR, Institut de Rééducation, Hôpital sud CHU-Grenoble-Alpes, Echirolles, Франція
Pinto Camelo António	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Centro Hospitalar do Porto, Португалія
Pistarini Caterina	Neurorehabilitation Director of ICS Maugeri Institute Genova Nervi, Італія
Rimbaut Steven	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst-Geraardsbergen-Wetteren, Бельгія

Зовнішні рецензенти (продовження)

Sampaio Francisco	Physical Medicine and Rehabilitation Unit Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Португалія. Instituto de Fisiologia, Clínica Universitária de Medicina Física e de Reabilitação, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Португалія
Schuhfried Othmar Smania Nicola	Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medical University of Vienna, Австрія Neuromotor and Cognitive Rehabilitation Research Center, Department of Neurosciences, Biomedicine and Movement Sciences, University of Verona, Verona, Італія. Neurorehabilitation Unit, Department of Neurosciences, Hospital Trust of Verona, Verona, Італія
Smit Christof A.J.	Revalidatiearts Expertisecentrum Dwarslaesie Opleider (locatie Overtoom), Amsterdam, Нідерланди
Soares Branco Pedro	Centro Hospitalar de Lisboa Central/NOVA Medical School, Португалія
Tang Simon F	Department of Rehabilitation Medicine, Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University, Taoyuan City, Тайвань
Tennant Alan	Schweizer Paraplegiker-Forschung, Nottwil, Швейцарія
Tesio Luigi	Physical and Rehabilitation Medicine, Università degli Studi Director, Department of Neurorehabilitation Sciences, Istituto Auxologico Italiano-IRCCS, Milano, Італія
Thevenon André	PRM department, Lille, Франція Medicine Faculty, Université Lille2, Lille, Франція
van Nes Ilse J.W. Vlak Tonko	Sint Maartenskliniek, Dept. Of Rehabilitation, GM Nijmegen, Нідерланди Institute of Rehabilitation Medicine and Rheumatology, Clinical Hospital Center Split School of Medicine University of Split, Split, Хорватія
Weinstein Stuart M.	University of Washington, Seattle, WA, США Departments of Rehabilitation Medicine, Orthopaedic Surgery and Sports Medicine, and Neurological Surgery Editor-in-Chief, PM&R
Yelnik Alain	GH St.Louis-Lariboisière-F.Widal, AP-HP Paris Diderot University, Paris, Франція

Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ)

Виконавчий комітет

Michail Xanthi (Греція) – Президент	Gutenbrunner Christoph (Німеччина)
Ward Anthony B (Велика Британія) – Віце-президент	Lankhorst Gustaaf (Нідерланди)
McNamara Angela (Ірландія) – Секретар	Sjölund Bengt H. (Швеція)
Didier Jean-Pierre (Франція) – Заступник Секретаря	Stucki Gerold (Швейцарія)
Stam Henk J. (Нідерланди) – Скарбник	Vanderstraeten Guy (Бельгія)
Delarque Alain (Франція)	

Академіки

Arokoski Jari (Фінляндія)	Malmivaara Antti (Фінляндія)
Borg Kristian (Швеція)	Marinček Črt (Словенія)
Burger Helena (Словенія)	McNamara Angela (Ірландія)
Ceravolo Maria Gabriella (Італія)	Michail Xanthi (Греція)
Chamberlain Anne (Велика Британія)	Negrini Stefano (Італія)
Chantraine Alex (Швейцарія)	Páscoa Pinheiro João (Португалія)
Delarque Alain (Франція)	Paysant Jean (Франція)
Deltombe Thierry (Бельгія)	Perrouin-Verbe Brigitte (Франція)
Didier Jean-Pierre (Франція)	Playford Diane (Велика Британія)
Ekhholm Jan (Швеція)	Rietman Johan H (Нідерланди)
Fazekas Gabor (Угорщина)	Rode Gilles (Франція)
Franchignoni Franco (Італія)	Sjölund Bengt H. (Швеція)
Garcia-Alsina Joan (Іспанія)	Stam Henk J. (Нідерланди)

Академіки (продовження)

Gobelet Charles (Швейцарія)	Stanghelle Johan (Норвегія)
Gutenbrunner Christoph (Німеччина)	Stucki Gerold (Швейцарія)
Juosevicius Alvydas (Литва)	Vanderstraeten Guy (Бельгія)
Karppinen Jaro (Фінляндія)	Ward Anthony B (Велика Британія)
Kiekens Carlotte (Бельгія)	Zampolini Mauro (Італія)
Lains Jorge (Португалія)	
Lankhorst Gustaaf (Нідерланди)	

Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ)

Виконавчий комітет

Delarque Alain (Франція) – Президент
Christodoulou Nicolas (Кіпр) – Наступний Президент
Kiekens Carlotte (Бельгія) – Генеральний секретар
Leches Marguerite (Люксембург) – Заступник секретаря
Wever Daniel (Нідерланди) – Скарбник
Juosevicius Alvydas (Литва) – Заступник скарбника
Пієва М. Елена (Болгарія) – Статути та внутрішні правила
Kujawa Jolanta (Польща) – Інформація та комунікація
Santista Pedro (Португалія) – Член
Boldrini Paolo (Італія) – Член
Delargy Mark (Ірландія) – Член
Negrini Stefano (Італія) – Запрошений від European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine

Делегати

Aguiar-Branco Catarina (Португалія)	Kankaanpaa Markku (Фінляндія)
Aleksiev Assen (Болгарія)	Kiekens Carlotte (Бельгія)
Bergam Grandis Renata (Монтенегро)	Kruger Liisamari (Фінляндія)
Bighea Adrian (Румунія)	Kujawa Jolanta (Польща)
Boldrini Paolo (Італія)	Laxe Sara (Іспанія)
Borg Kristian (Швеція)	Lazović Milica (Республіка Сербія)
Boyer François Constant (Франція)	Leches Marguerite (Люксембург)
Broholm Berit (Данія)	Lejeune Thierry (Бельгія)
Burger Helena (Словенія)	Lukmann Aet (Естонія)
Santista Pedro (Португалія)	Lutsky Lena (Ізраїль)
Christodoulou Nicolas (Кіпр)	Macfarlane John (Ірландія)
Chronis Savvas Apollon (Кіпр)	Michail Xanthi (Греція)
Damjan Hermina (Словенія)	Nikolij-Dimitrova Erieta (Колишня Югославська Республіка Македонія)
Delargy Mark (Ірландія)	Nulle Anda (Латвія)
Delarque Alain (Франція)	Özyemişçi Taşkıran Özden (Туреччина)
Delic Marina (Монтенегро)	Popa Daiana Mihaela (Румунія)
Denes Zoltan (Угорщина)	Quittan Michael (Австрія)
Devečerski Gordana (Республіка Сербія)	Rapidi Christina-Anastasia (Греція)
Dincer Fitnat (Туреччина)	Renato Nunes (Португалія)
Dragjevic Svjetkovic Dragana (Республіка Сербія)	Roussos Nikos (Греція)
Fazekas Gabor (Угорщина)	Schwarzkopf Susanne (Німеччина)
Foti Calogero (Італія)	Shamalov Nikolay (Росія)
Frischknecht Rolf (Швейцарія)	Shostakiene Nijole (Литва)
Grabljevec Klemen (Словенія)	Stahl Minna (Фінляндія)
Grubišić Frane (Хорватія)	Stefanovski Gordana (Республіка Сербія)
Gubenko Vitaliy (Україна)	Stibrant Sunnerhagen Katharina (Швеція)
Gutenbrunner Christoph (Німеччина)	Tederko Piotr (Польща)
Hansen Birgitte (Данія)	Treger Iuly (Ізраїль)
Haznere Ilze (Латвія)	Varela-Donoso Enrique (Іспанія)
Пієва Елена М. (Болгарія)	Vekerdy-Nady Zsuzsanna (Угорщина)

Делегати (продовження)

Ivanova Galina (Росія)	Vladymyrov Oleksandr (Україна)
Janssen Wim G.M. (Нідерланди)	Wever Daniel (Нідерланди)
Juosevicius Alvydas (Литва)	Wicker Anton (Австрія)
Jürgenson Annelii (Естонія)	Zammit Stephen (Мальта)
Kakulia Nelly (Грузія)	Ziad Hawamdeh (Йорданія)

**Секція Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу
Медичних Спеціалістів (Секція ФРМ ЄСМС)****Виконавчий комітет**

Президент Секції: Christodoulou Nicolas (Кіпр)
 Генеральний секретар Секції: Zampolini Mauro (Італія)
 Скарбник Секції: Janssen Wim G.M. (Нідерланди)
 Заступник скарбника Секції: Frischknecht Rolf (Швейцарія)
 Паст-Президент Секції: Delarque Alain (Франція)
 Президент Ради: Ceravolo Maria Gabriella (Італія)
 Віце-президент Ради та Заступник секретаря Ради: Barotsis Nikolaos (Греція)
 Голова Комітету клінічних стосунків: Delargy Mark (Ірландія)
 Заступник секретаря Секції від Комітету клінічних стосунків: Moses Karel (Чехія)
 Голова Комітету професійної практики: Varela-Donoso Enrique (Іспанія)
 Заступник секретаря Секції від Комітету професійної практики: Kiekens Carlote (Бельгія)

Делегати

Angelova Tatyana (Болгарія)	Leches Marguerite (Люксембург)
Antunes Filipe (Португалія)	Lejeune Thierry (Бельгія)
Belkin Andrei (Росія)	Lukmann Aet (Естонія)
Berteanu Mihai (Румунія)	Macfarlane John (Ірландія)
Borg Kristian (Швеція)	Moses Karel (Чехія)
Broholm Berit (Данія)	Moslavac Saša (Хорватія)
Burger Helena (Словенія)	Negrini Stefano (Італія)
Burn John PS (Велика Британія)	Nikitina Annelii (Естонія)
Christodoulou Nicolas (Кіпр)	Nulle Anda (Латвія)
De Korvin Georges (Франція)	Oral Aydan (Туреччина)
Delargy Mark (Ірландія)	Petronic-Markovic Ivana (Республіка Сербія)
Delarque Alain (Франція)	Popa Daiana (Румунія)
Denes Zoltan (Угорщина)	Quittan Michael (Австрія)
Fazekas Gabor (Угорщина)	Rapidi Christina-Anastasia (Греція)
Frischknecht Rolf (Швейцарія)	Roussos Nikolaos (Греція)
Glaesener Jean-Jaques (Німеччина)	Schwarzkopf Susanne (Німеччина)
Golyk Volodymyr (Україна)	Sekelj-Kauzlaric Katarina (Хорватія)
Grabljevec Klemen (Словенія)	Shostakiene Nijole (Литва)
Gubenko Vitaliy (Україна)	Singh Rajiv K (Велика Британія)
Hansen Birgitte (Данія)	Stahl Minna (Фінляндія)
Haznere Ilze (Латвія)	Stanghelle Johan (Норвегія)
Hornasek Karol (Словаччина)	Stefanovski Gordana (Боснія та Герцеговіна)
Иlieva Elena M. (Болгарія)	Stemberger Regina (Австрія)
Irgens Ingeborg (Норвегія)	Stibrant Sunnerhagen Katharina (Швеція)
Ivanova Galina Evgenia (Росія)	Sulaberidze Grigol (Грузія)
Janssen Wim G.M. (Нідерланди)	Takac Peter (Словаччина)
Juosevicius Alvydas (Литва)	Tederko Piotr (Польща)
Kakulia Nelly (Грузія)	Valero Raquel (Іспанія)
Kankaanraa Markku (Фінляндія)	Varela-Donoso Enrique (Іспанія)
Kiekens Carlote (Бельгія)	Votava Jiri (Чехія)
Küçükdeveci Ayşe A. (Туреччина)	Wever Daniel (Нідерланди)
Kujawa Jolanta (Польща)	Zammit Stephen (Мальта)
Lazović Milica (Республіка Сербія)	Zampolini Mauro (Італія)

Європейський Коледж (Рада) Фізичної та Реабілітаційної Медицини

Виконавчий комітет

Президент: Ceravolo Maria Gabriella (Італія)
 Паст-Президент: Juosevicius Alvydas (Литва)
 Генеральний Секретар: Zampolini Mauro (Італія)
 Віце-президент та Заступник секретаря: Varotsis Nikolaos (Греція)
 Скарбник: Janssen Wim G.M. (Нідерланди)
 Заступник скарбника: Frischknecht Rolf (Швейцарія)
 Член ex officio – Президент Секції ФРМ ЄСМС: Christodoulou Nicolas (Кіпр)

Делегати

Aguiar-Branco Catarina (Португалія)	Leches Marguerite (Люксембург)
Angelova Tatyana (Болгарія)	Lejeune Thierry (Бельгія)
Angerova Yvona (Чехія)	Lukmann Aet (Естонія)
Antunes Filipe (Португалія)	Macfarlane John (Ірландія)
Varotsis Nikolaos (Греція)	Moslavac Saša (Хорватія)
Berteanu Mihai (Румунія)	Munoz Susana (Іспанія)
Borg Kristian (Швеція)	Nikitina Annelii (Естонія)
Boyer François Constant (Франція)	Nulle Anda (Латвія)
Broholt Berit (Данія)	Oral Aydan (Туреччина)
Burger Helena (Словенія)	Paternostro-Sluga Tatjana (Австрія)
Burn John PS (Велика Британія)	Petronic-Markovic Ivana (Республіка Сербія)
Ceravolo Maria Gabriella (Італія)	Popa Daiana (Румунія)
Christodoulou Nicolas (Кіпр)	Roussos Nikolaos (Греція)
Delargy Mark (Ірландія)	Rudling Karin (Швеція)
Delarque Alain (Франція)	Schwarzkopf Susanne (Німеччина)
Denes Zoltan (Угорщина)	Sekelj-Kauzlaric Katarina (Хорватія)
Fazekas Gabor (Угорщина)	Shostakiene Nijole (Литва)
Frischknecht Rolf (Швейцарія)	Singh Rajiv K (Велика Британія)
Golyk Volodymyr (Україна)	Stahl Minna (Фінляндія)
Grabljevec Klemen (Словенія)	Stam Henk J. (Нідерланди)
Hansen Birgitte (Данія)	Stanghelle Johan (Норвегія)
Hornacek Karol (Словаччина)	Stefanovski Gordana (Боснія та Герцеговина)
Ilieva Elena M. (Болгарія)	Stemberger Regina (Австрія)
Irgens Ingeborg (Норвегія)	Sulaberidze Grigol (Грузія)
Ivanova Galina Evgenia (Росія)	Takac Peter (Словаччина)
Janssen Wim G.M. (Нідерланди)	Tederko Piotr (Польща)
Juosevicius Alvydas (Литва)	Valero Raquel (Іспанія)
Kakulia Nelly (Грузія)	Vetra Anita (Латвія)
Kankaanpaa Markku (Фінляндія)	Vladymyrov Oleksandr (Україна)
Khasanova Dina (Росія)	Votava Jiri (Чехія)
Kiekens Carlotte (Бельгія)	Winkelmann Andreas (Німеччина)
Küçükdeveci Ayşe A. (Туреччина)	Zammit Stephen (Мальта)
Kujawa Jolanta (Польща)	Zampolini Mauro (Італія)
Lazović Milica (Республіка Сербія)	

Скорочення

НЧМТ (<i>ABI</i>)	набута черепно-мозкова травма (<i>Acquired Brain Injury</i>)
АРМС	Американська Рада Медичних Спеціальностей (<i>American Board of Medical Specialties</i>)
АРФМР	Американська Рада з Фізичної Медицини та Реабілітації (<i>American Board of Physical Medicine and Rehabilitation</i>)
АПЖ (<i>ADL</i>)	активності повсякденного життя (<i>Activities of Daily Living</i>)
<i>APRM</i>	<i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i> (науковий журнал)
КГР	команда гострої реабілітації (<i>Acute Rehabilitation Team</i>)
БГР	блок гострої реабілітації (<i>Acute Rehabilitation Unit</i>)
СРР	Союз реабілітологів Росії
<i>ASSIA</i>	<i>Applied Social Science Index & Abstracts</i> (Реферативний каталог резюме з прикладних соціальних наук)
<i>BNF-PRM</i>	<i>Baltic and North Sea Forum on Physical and Medical Rehabilitation</i> (Форум ФРМ Балтійського та Північного моря)
ККС (<i>CAC</i>)	Комітет клінічних стосунків Секції з Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу Медичних Спеціалістів
<i>CARF</i>	<i>Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities</i> (Комісія з акредитації реабілітаційних закладів)
РНГ (<i>CBR</i>)	реабілітація, що надається в громаді (<i>Community Based Rehabilitation</i>)
БРТ (<i>CCU</i>)	блок реанімаційної терапії (<i>Critical Care Unit</i>)
ПРГ (<i>CDP</i>)	політика розвитку громад (<i>Community Development Policy</i>)
<i>CINAHL</i>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (Кумулятивний індекс літератури з сестринської справи і суміжних професій з охорони здоров'я)
БМО (<i>CME</i>)	безперервна медична освіта (<i>Continuing Medical Education</i>)
ЦНС (<i>CNS</i>)	центральна нервова система
<i>COPE</i>	<i>Committee on Publication Ethics</i> (Комітет з етики публікацій)
БПР (<i>CPD</i>)	безперервний професійний розвиток (<i>Continuing Professional Development</i>)
<i>Cr</i>	<i>Clinical Rehabilitation</i> (науковий журнал)
<i>CRPD</i>	Конвенція про права осіб з обмеженнями життєдіяльності (<i>Convention on The Rights of Persons With Disabilities</i>)
<i>CST</i>	<i>Classification, Terminology and Standards</i> (Класифікація. Термінологія. Стандарти.)
РЖСОЖ (<i>DALYs</i>)	Роки життя, скориговані з обмеженнями життєдіяльності (<i>Disability-Adjusted Life-Years</i>)
ОЖР (<i>DAR</i>)	Обмеження життєдіяльності та реабілітація (<i>Disability and Rehabilitation</i>)
<i>EACCME</i>	<i>European Accreditation Council of Continuing Medical Education</i> (Європейська Рада з акредитації безперервної медичної освіти)
ЄАРМ (<i>EARM</i>)	Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (<i>European Academy of Rehabilitation Medicine</i>)
<i>EBM</i>	<i>Evidence Based Medicine</i> (доказова медицина)
ЄРФМР (<i>EBPRM</i>)	Європейська Рада Фізичної та Реабілітаційної Медицини (<i>European Board of Physical and Rehabilitation Medicine</i>)
ЄКБМО (<i>ECMEC</i>)	європейський кредит безперервної медичної освіти (<i>European Continuing Medical Education Credit</i>)
ЄКФРМ (<i>ECPRM</i>)	Європейський Коледж Фізичної та Реабілітаційної Медицини (<i>European College of Physical and Rehabilitation Medicine</i>)
ЄЕП (<i>EEA</i>)	Європейський Економічний Простір (<i>European Economic Area</i>)
<i>EFPRM</i>	Європейська Федерація Фізичної Медицини та Реабілітації (<i>European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation</i>)
<i>EJPRM</i>	<i>European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine</i> (науковий журнал)
<i>EMRSS</i>	<i>EuroMediterranean Rehabilitation Summer School Haim Ring in Syracuse</i> (Євро-середземноморська літня школа Haim Ring з реабілітації в Сиракузах)
РФР (<i>EPR</i>)	рання фізична реабілітація (<i>Early Physical Rehabilitation</i>)
<i>ESM</i>	<i>European School Marseille</i> (Європейська школа в Марселі)
ЄТФРМ (<i>ESPRM</i>)	Європейське товариство з ФРМ (<i>European Society of PRM</i>)
ЕС	Європейський Союз
ФЕС (<i>FES</i>)	Функціональна Електрична Стимуляція (<i>Functional Electrical Stimulation</i>)
<i>Fin</i>	Фінляндія
<i>FREDA</i>	<i>Freedom, Respect, Equality, Dignity, Autonomy</i> (Свобода, Повага, Рівність, Гідність, Автономія)
ВВП	Валовий Внутрішній Продукт
<i>Ger</i>	Німеччина
<i>GMC(UK)</i>	<i>UK General Medical Council</i> (Генеральна медична рада Великої Британії)
ТЖЗ (<i>HALE</i>)	Очікувана тривалість життя в здоровому стані (<i>Healthy Life Expectancy</i>)
<i>IBECS</i>	<i>Indice Bibliográfico Espacol en Ciencias de la Salud</i> (Іспанський бібліографічний індекс з медичних наук)
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб. Розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

ICHI	<i>International Classification of Health Interventions</i> (Міжнародна класифікація втручань в охороні здоров'я)
МКП	Міжнародна класифікація порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності. Розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я
ICSO-R	<i>International Classification of Service Organisations For Rehabilitation</i> (Міжнародна класифікація організації послуг для реабілітації)
ІКТ	інформаційні та комунікаційні технології
БІТ (ICU)	блок інтенсивної терапії (<i>Intensive Care Unit</i>)
IJRR	<i>International Journal of Rehabilitation Research</i> (науковий журнал)
Insci	<i>International Survey on Spinal Cord Injury</i> (Міжнародне дослідження травм спинного мозку)
INSERM	<i>French National Institute For Health and Medical Research</i> (Французький Національний Інститут Здоров'я та Медичних Досліджень)
ISPRM	Міжнародне Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (<i>International Society of PRM</i>)
JPRM	<i>Journal of Physical and Rehabilitation Medicine</i> (науковий журнал)
JRM	<i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> (науковий журнал)
ТП (LOS)	тривалість перебування (<i>Length of Stay</i>)
Мадр	Мадрид
MCQ	питання з множинним вибором (<i>Multiple Choice Questions</i>)
MFPRM	<i>Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine</i> (Середземноморський форум з фізичної та реабілітаційної медицини)
НДО	недержавна організація
НМЕС (NMES)	нейро- м'язова електрична стимуляція (<i>Neuro-Muscular Electrical Stimulation</i>)
ЕТ (OT)	Ерготерапія / Ерготерапевт (<i>Occupational Therapy/Occupational Therapist</i>)
PhD	доктор філософії
КПП (PPC)	Комітет професійної практики Секції з Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу Медичних Спеціалістів
ЛР	легенева реабілітація (<i>Pulmonary Rehabilitation</i>)
ФРМ	Фізична та Реабілітаційна Медицина
ФТ (PT)	Фізична терапія (<i>Physical Therapy</i>)
ЯЖ (QoL)	якість життя (<i>Quality of Life</i>)
RAT	<i>Rehabilitation Advisory Team</i> (Консультативна група з реабілітації)
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження
RFO	<i>European Research Funding Organizations</i> (європейські організації, які фінансують дослідження)
RM	<i>Rehabilitaciyn (Madr.)</i> (науковий журнал)
RPO	<i>Research Performing Organizations</i> (організації, що виконують дослідження)
TMM (SALT)	Терапія мови та мовлення (<i>Speech and Language Therapy</i>)
CMT (SCI)	спинномозкова травма (<i>Spinal Cord Injury</i>)
Ско	Шотландія
SERMEF	<i>Sociedad Espanola de Rehabilitaciyn y Medicina Fnsica</i> (Іспанське товариство реабілітації та фізичної медицини)
SIMFER	Societa Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione
Slo	Словенія
TMM (SALT)	Терапія мови та мовлення / Терапевт мови та мовлення (<i>Speech and Language Therapy / Speech and Language Therapist</i>)
SPA	" <i>Salus Per Aquam</i> ". (Здоров'я через воду)
Swisci	<i>Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study</i> (Швейцарське когортне дослідження спинномозкової травми)
ЧМТ (TBI)	черепно-мозкова травма (<i>Traumatic Brain Injury</i>)
TENS	черезшкірна електростимуляція нерву (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>)
TMC (TMS)	транскраніальна магнітна стимуляція (<i>Transcranial Magnetic Stimulation</i>)
ЄСМС (UEMS)	Європейський Союз Медичних Спеціалістів (<i>Union Européenne Des Mudecins Spücialistes – European Union of Medical Specialists</i>)
ООН	Організація Об'єднаних Націй
UNCRPD	Конвенція про права осіб з обмеженнями життєдіяльності ООН (<i>United Nations Convention on Rights of Persons With Disabilities</i>)
УФ	Ультрафіолетове (випромінювання)
ПР (VR)	професійна реабілітація (<i>Vocational Rehabilitation</i>)
БК (WB)	Біла Книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі (<i>White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe</i>)
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ВДОЖ (WRD)	Всесвітня доповідь з обмежень життєдіяльності (<i>World Report on Disability</i>)

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Розділ 1 – Визначення та поняття ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

В контексті Білої книги Фізичної і Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі, цей документ займається визначеннями та поняттями, що мають відношення до ФРМ. Фізична та реабілітаційна медицина – це первинна медична спеціальність, яка відповідає за профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів та приділяє особливу увагу їх порушенням і обмеженням активності з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища.

Для того, щоб прийти до цього визначення ФРМ, ми повинні розглянути його концептуальний опис. Необхідно відзначити кілька фундаментальних аспектів, зокрема: функціонування, обмеження життєдіяльності і реабілітацію.

Ці визначення включені до та представлені в цій главі:

- Функціонування: все, що роблять людські тіла, і дії, які виконують люди. У Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування представлено в термінах функціональних доменів та ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Учасності;
- Обмеження життєдіяльності – проблема особи, що виконує дії, які він або вона потребує або хоче виконати, яка виникає внаслідок основного стану здоров'я, – захворювання, травми або, навіть, старіння – і яка впливає на його або її виконання в його або її реальному середовищах.
- Реабілітація: комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнали, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами.

Визначення обмеження життєдіяльності за МКФ чітко розрізняє проблеми, які повністю є результатом основного стану здоров'я (здатність) від проблем, що виникають внаслідок взаємодії здатності та факторів середовища і особистих факторів (виконання).

Цей документ стосується всіх цих концепцій, які є суттєвими для розуміння стратегії ФРМ з оцінки обмежень життєдіяльності та здійснення втручань, які можуть призвести до поліпшення функціонування та здоров'я.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):156-165.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 1. Визначення та поняття ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 39–48

Ключові слова: Фізична та Реабілітаційна Медицина, Європа, Обмеження Життєдіяльності, Функціонування, Реабілітація.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на

важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Фізична та реабілітаційна медицина – це первинна медична спеціальність, яка відповідає за профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів та приділяє особливу увагу – порушенням і обмеженням активності з метою сприяння їх фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища.

Для того, щоб прийти до цього визначення ФРМ, ми повинні розглянути його концептуальний опис. Необхідно відзначити кілька фундаментальних аспектів, зокрема: функціонування, обмеження життєдіяльності і реабілітацію.

Ці визначення включені до та представлені в цій главі:

- Функціонування: все, що роблять людські тіла, і дії, які виконують люди. У Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування представлено в термінах функціональних доменів та ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Учасі;
- Обмеження життєдіяльності – проблема особи, що виконує дії, які він або вона потребує або хоче виконати, яка виникає внаслідок основного стану здоров'я, – захворювання, травми або, навіть, старіння – і яка впливає на його або її виконання в його або її реальному середовищах.
- Реабілітація: комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнали, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами.

Функціонування

Функціонування, довідкова інформація ВООЗ

З моменту свого заснування в 1948 році мандат ВООЗ полягав в тому, щоб досягти «задоволення найвищим досяжним стандартом здоров'я, як фундаментального права кожної людини», в якому здоров'я визначається як «... стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби і недуг»¹.

Для контролю цього прагнення, ВООЗ регулярно оновлює Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ), як універсальну довідкову систему для реєстрації смертності та захворюваності². Її остання версія, МКХ XI, також дозволить описати як біомедичний характер, так і вплив станів здоров'я³.

У 2001 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила Міжнародну класифікацію функ-

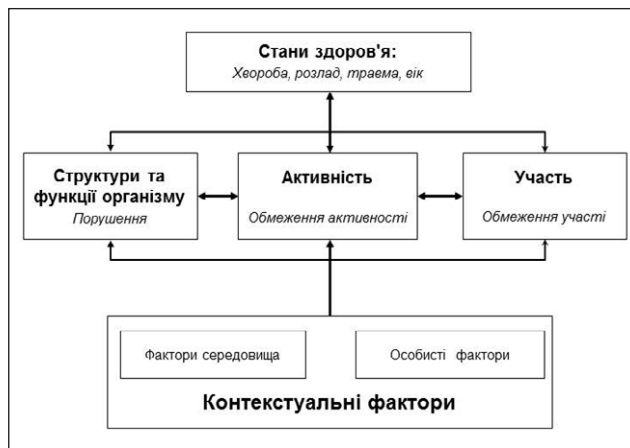
ціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)⁴, з метою операціоналізування як біомедичної природи станів здоров'я – функцій та структур організму та їх порушень – так і загального впливу на життєвий досвід здоров'я особи у взаємодії з її середовищем. МКФ забезпечує класифікацію та стандартну міжнародну загальну мову, в термінах якої життєвий досвід здоров'я може бути операціоналізованим на індивідуальному та популяційному рівнях. В МКФ біомедична природа та загальний вплив станів здоров'я в контексті життя людей, беручи до уваги середовище, в якому вони живуть, та їх особисті фактори, і називається функціонуванням.

МКФ є міжнародною класифікацією здоров'я та функціонування; це також інформаційна довідкова система для стандартизованого опису здоров'я, функціонування та обмежень життєдіяльності на всіх рівнях охорони здоров'я та пов'язаних систем, включаючи соціальні, освітні та трудові. МКФ є значущою та корисною для практикуючих фахівців, які прагнуть оптимізувати функціонування окремих пацієнтів, політиків, які прагнуть формувати систему охорони здоров'я відповідно до вимог і потреб функціонування людей, та для дослідників, які прагнуть пояснити та впливати на функціонування, а також наук та професій з функціонування⁵.

Функціонування, операціоналізація здоров'я ВООЗ

“Функціонування” є центральною концепцією МКФ і позначає повний набір функцій та структур організму людини, а також усіх дій людини, простих і складних (Малюнок 1).

Стисло, функціонування – це все, що роблять людські тіла, і всі дії, які виконують люди. У МКФ



Малюнок 1. Структура функціонування та обмежень життєдіяльності в Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

функціонування визначено в термінах доменів функціонування, і ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Учасності. Вони далі організуються в термінах спектру від простого до складного, від основних функцій організму, таких, як зір, до дуже складних та соціально визначених сфер участі, таких як робота або участь у житті громади. Як класифікація, МКФ призначена для того, щоб бути всеосяжною, але гнучкою, забезпечуючи клініциста або дослідника повною мовою функціонування, одночасно дозволяючи розширення через специфікації додаткових доменів, за потреби.

Кожен з доменів функціонування МКФ розглядається як континуум, від повної відсутності функціонування до повного функціонування. У певний момент часу рівень функціонування кожної особи в кожному домені може, в принципі, бути описаним, і, в залежності від запланованого дослідження або клінічного призначення для цього, може бути описаний також всебічний портрет загального функціонування людини в розрізі часу. Більш того, оскільки загальне функціонування людини буде безперервно змінюватися протягом усього життя, МКФ також забезпечує довідкову мову для опису протягом тривалого періоду. У той час, як функціонування збільшується в роки раннього життя людини, воно буде потім зменшуватися внаслідок травм і хвороб і, зрештою, зі старінням. Таким чином, при наявності достатніх популяційних даних можна створити репрезентативні траєкторії старіння, в світлі виникнення специфічних станів здоров'я та коморбідностей, в межах яких можна описати, або передбачити потенційний вплив на функціонування клінічних і популяційних втручань.

Практичні інструменти для імплементації МКФ в клінічну практику, надання та оплати послуг, політику і дослідження

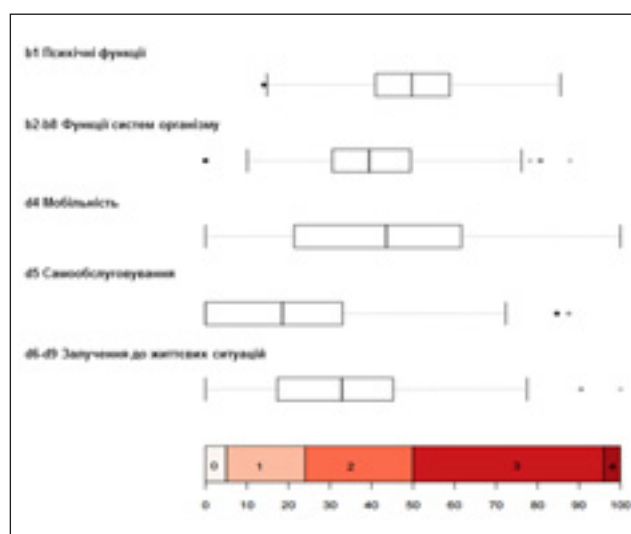
Практичні інструменти, що допомагають застосуванню МКФ для широкого кола цілей – інструмент для збору клінічних даних та інструмент звітності на основі МКФ^{5,6}. МКФ є класифікацією, тому для її використання нам потрібні різні інструменти, які просунуть класифікацію до практики. Ці інструменти дозволяють нам визначити, які домени функціонування ми хочемо документувати; дають можливість збирати дані про функціонування послідовно, на клінічному або популяційному рівні; і дозволяють звітувати про дані, зібрані з використанням загальної метрики, що дозволяє провести достовірне порівняння даних про функціонування, зібраних з різних джерел (Малюнок 2). Відповідно, при плануванні збору клінічних даних, для проведення досліджень або для звітування про

уже зібрані дані, користувачам МКФ необхідно поставити собі чотири наступні питання щодо функціонування^{7,8}:

- Які домени МКФ ми хочемо документувати? (*напр.* використовуючи Загальний набір МКФ, Реабілітаційний набір МКФ або Базовий набір МКФ для певного стану здоров'я, протягом континууму допомоги, або в контексті, наприклад, як професійна реабілітація)⁹⁻¹².
- Яку перспективу ми бажаємо охопити? (*напр.* здатність або виконання)?
- Які інструменти збору даних застосовуватимуться до нашої мети?
- Який метричний підхід ми хочемо використовувати для звітування?

МКФ та функціонування в реабілітації

МКФ є фундаментальною для реабілітації, п'ятою стратегією охорони здоров'я разом із лікувальною, підтримуючою, профілактичною і паліативною¹³⁻¹⁵. МКФ також є фундаментальною для сфери ФРМ, яку дійсно можна назвати медициною функціонування^{5,14,15}. Це тому, що загальною метою як реабілітації, так і ФРМ є оптимізація функціонування особи і, тим самим, підвищення його або її якості життя¹⁶. ФРМ досягає цього шляхом оптимізації за допомогою лікування внутрішніх аспектів здоров'я з функціонування, або «здатності» в термінах МКФ, або за допомогою уможливлення змін його або її середовища для оптимізації фактичного виконання функціонування особи. Ці втручання успішні тільки тоді, коли вони спрямовані на взаємодію між станом здоров'я і факторами середовища, оскільки тільки тоді втручан-



Малюнок 2. Демонстрація функціонального профілю для популяції Швейцарського когортного дослідження уражень спинного мозку (SwiSCI).

Таблиця ІА. Функціональні профілі. Профіль категорій МКФ; Кваліфікатор МКФ: оцінює масштаб проблем (від 0 = немає проблеми до 4 = повна проблема) в компонентах функцій організму (b), структур організму (s), активності та участі (d); Взаємозв'язок з цілями: 1 і 2 відносяться до цілей Циклу 1 і 2. ПД відноситься до цілі Програми допомоги; значення Цілі відноситься до кваліфікатору МКФ, для досягнення після втручання.

Категорії МКФ Реабілітаційного набору МКФ		Проблема				
(G) = категорія МКФ генеричного набору		0	1	2	3	4
b130	Функції енергії та спонукання до дій (G)	■				
b134	Функція сну	■				
b152	Емоційні функції (G)	■				
b280	Відчуття болю (G)	■				
b455	Функції толерантності до фізичного навантаження	■				
b620	Функції сечовипускання	■				
b640	Сексуальні функції	■				
b710	Функції рухливості суглобу	■				
b730	Функції м'язової сили	■				
d230	Виконання щоденного розпорядку (G)	■				
d240	Стійкість до стресу та інших психологічних вимог	■				
d410	Зміна основних позицій тіла	■				
d415	Підтримання положення тіла	■				
d420	Переміщення	■				
d450	Ходьба (G)	■				
d455	Переміщення у спосіб, який відрізняється від ходьби (G)	■				
d465	Переміщення із використанням обладнання	■				
d470	Користування транспортом	■				
d510	Миття	■				
d520	Догляд за частинами тіла	■				
d530	Користування туалетом	■				
d540	Користування одягом та взуттям	■				
d550	Вживання їжі	■				
d570	Піклуватися про власне здоров'я	■				
d640	Виконання домашньої роботи	■				
d660	Допомога іншим	■				
d710	Базові міжособистісні взаємодії	■				
d770	Інтимні стосунки	■				
d850	Оплачувана робота (G)	■				
d920	Відпочинок та дозволля	■				

ня можуть оптимізувати загальний результат функціонування. В кінцевому підсумку, мета ФРМ – перевести внутрішню здатність або біологічне здоров'я у фактичне виконання при взаємодії з середовищем і особистими факторами, що і буде здоров'ям життя особи. Кількома словами, для реабілітації в цілому і ФРМ, зокрема, функціонування є відправною точкою клінічного оцінювання, очікуваного результату втручання і основою для управління якістю втручання.

Для опису, розуміння та впливу на функціонування ФРМ повинна спиратися на МКФ, як з точ-

ки зору її основної концептуальної моделі функціонування, так і більш практично, на її класифікації, які можуть бути використані для забезпечення порівнянності зібраних та представлених даних. МКФ можливо застосувати в описі окремих пацієнтів¹⁷ (Таблиця І), а також популяцій (Малюнок 2). За допомогою МКФ завдання та цілі втручання можна визначити в термінах рівня функціонування особи (через відповідні домени), основного стану здоров'я та супутніх захворювань, а також відповідних особистих факторів та факторів середовища, які формують життєвий досвід здоров'я особи. Самі втручання можна визначити, використовуючи Міжнародну класифікацію втручання в охороні здоров'я (ІСНІ), яка класифікує функціонування, хірургічні та фармакологічні втручання. Таким чином, спільне використання МКФ, МКХ та ІСНІ дозволяє провести комплексне стандартне кодування повного реабілітаційного циклу, включаючи оцінювання, призначення, втручання та оцінку¹⁸.

З метою сприяння впровадженню МКФ до повсякденної реабілітаційної практики, Секція та Рада ФРМ ЄСМС очолює європейські зусилля в напрямку загальносистемного впровадження МКФ у ФРМ, реабілітації та охорони здоров'я в цілому при взаємодії з урядами, неурядовими учасниками та приватним сектором. Ці зусилля узгоджуються з робочим планом International Society of PRM (ISPRM) та ВООЗ^{19,20}.

Обмеження життєдіяльності

Обмеження життєдіяльності та МКФ ВООЗ

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)⁴ захоплює наше інтуїтивне поняття про обмеження життєдіяльності, як проблеми особи, що виконує дії, які він чи вона має або бажає виконати, внаслідок основного стану здоров'я (хвороби, травми або навіть старіння), що впливає на його або її виконання в реальному середовищі особи. У МКФ цей досвід концептуалізовано з точки зору базового поняття функціонування МКФ в різних доменах функцій та структур організму, активності та участі – *напр.* всього, що робить організм, і дій, простих та складних, що виконують люди – у взаємодії з факторами середовища, які можуть діяти як бар'єри (обмежують виконання) або сприятливі чинники (підвищують виконання). Завдяки МКФ цей потенційно складний досвід визначається цією класифікацією, тому він може бути точно і повністю описаний на міжнародній стандартній мові.

Визначення обмеження життєдіяльності за МКФ дещо ширше нашого повсякденного понят-

Таблиця ІВ. Функціональні профілі. Профіль категорій МКФ; Кваліфікатор МКФ: оцінює масштаб проблем (від 0 = немає проблеми до 4 = повна проблема) та масштаб позитивного (+) та негативного впливу факторів навоколишнього середовища (e) та особистих факторів (pf).

		Сприятливий чинник					Бар'єр						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e110	Продукти або речовини для особистого вживання											-	-
e115	Допоміжні вироби... для особистого користування у повсякденному житті											2	+4
e120	Допоміжні вироби... для особистої... мобільності...											1	+4
e155	Проектування, будівництво... споруд для приватного користування											-	-
e310	Найближчі родичі											-	-
e320	Друзі											-	-
e355	Фахівці охорони здоров'я											-	-
e460	Суспільні ставлення											-	-
e580	Послуги, системи та політика охорони здоров'я											-	-
pf	Впевненість в собі											ПД	0
pf	Мотивація											-	-
pf	Асертивність											ПД	0
pf	Мотиви											-	-

тя, оскільки воно охоплює порушення (проблеми функцій і структур організму) і чітко розрізняє проблеми, які повністю є результатом основного стану здоров'я (здатність) від проблем, що виникають в результаті взаємодії між здатністю та факторами середовища і особистими факторами (виконання). Оскільки реабілітація в цілому і ФРМ, зокрема, спрямовані на оптимізацію функціонування в усіх доменах, можна сказати, що ці стратегії охорони здоров'я спрямовані та намагаються усунути або поліпшити досвід обмежень життєдіяльності.

Епідеміологія обмежень життєдіяльності

Протягом десятиліть існував виклик стосовно досягнення консенсусу щодо визначення обмеження життєдіяльності, як першого кроку до правдивої епідеміології обмежень життєдіяльності. Попри те, що МКФ зараз створило консенсусну концептуалізацію, сучасний стан епідеміології обмежень життєдіяльності має тенденцію до плутанини двох досвідів: проблеми, які люди зазнають при виконанні дій повністю внаслідок їх стану здоров'я – перспектива здатності, та проблеми, які особа зазнає внаслідок взаємодії між її станом здоров'я та факторами середовища та особистими факторами – перспектива виконання. Хоча вони розрізняються, обидві перспективи важливі для оцінки поширеності обмежень життєдіяльності, а також для розуміння практики реабілітації⁷. Відповідно до Глобального Плану дій з обмежень жит-

тєдіяльності²¹, ВООЗ зроблено крок до удосконалення епідеміології обмеження життєдіяльності шляхом розробки Модельного огляду обмежень життєдіяльності, що чітко відрізняє перспективи здатності від перспектив виконання, з метою відокремлення здоров'я від середовищних детермінант досвіду обмежень життєдіяльності²².

Втручання при обмеженнях життєдіяльності

З точки зору перспективи виконання, тобто фактичного життєвого досвіду обмеження життєдіяльності – обмеження здатності виконання в певних доменах, як наприклад, мобільність або головні сфери життя, можуть бути суттєво зменшені відповідними допоміжними пристроями та іншими сприятливими чинниками середовища, які підвищують виконання і, таким чином, зменшують обмеження життєдіяльності. Однак, ці реабілітаційні втручання вимагають від нас можливості перевести потенційні вигоди від поліпшення здатності і змін середовища до фактичного виконання дій. Що стосується практики реабілітації, МКФ уточнює, що ці втручання повинні зосереджуватися на взаємодії особи та середовища. Ефективність та якість реабілітаційних заходів повинні оцінюватися не просто в міру підвищення здатності чи сприяння середовища, а в фактичному результаті цієї взаємодії. Саме це й означає оптимізувати функціонування.

Оцінка обмежень життєдіяльності

Оскільки домени функціонування простягаються в континуумі від “немає проблеми” до “повна проблема”, обмеження життєдіяльності не є протилежністю функціонуванню, а скоріше є діапазоном функціонування в загальному континуумі, який інтуїтивно простягається в бік кінця “повна проблема” цього континууму. Тому в континуумі немає єдиної точки, де для кожного домену закінчується функціонування і починається обмеження життєдіяльності. Ці порогові значення будуть визначатися по-різному для різних цілей. Це важливо з епідеміологічної точки зору, оскільки, *напр.* юридичні визначення обмежень життєдіяльності встановляють порогові правові показники з метою надання підтримки та послуг, які є різними між країнами та, навіть, між різними міністерствами всередині країн. Ці визначення не можуть забезпечити основу для міжнародної порівняльної епідеміології обмежень життєдіяльності, яка навпаки вимагає стандартизованої метрики функціонування, отриманої психометричним шляхом. Що стосується клінічної практики, хоча тут може бути загальна згода щодо субоптимального функціонування в будь-якому домені, хороша клінічна практика визнає, що рівень функціонування, при якому людина зазнає порушень життєдіяльності, буде визначатися персональними та культуральними очікуваннями. Персона-орієнтована допомога вимагає, щоб ці очікування були дотримані, навіть якщо в кінцевому підсумку вони не визначають хорушу клінічну практику.

Обмеження життєдіяльності – дві суспільні перспективи

Концептуалізація функціонування та обмежень життєдіяльності МКФ пояснює постійну розбіжність у досвіді обмеження життєдіяльності, що відображається у двох соціальних перспективах^{7,23}. З одного боку обмеження життєдіяльності, безумовно, є універсальною ознакою людського стану в тому сенсі, що кожна людина буде зазнавати або ризикує зазнати обмежень здатності та проблем з виконанням в одному чи декількох доменах функціонування. І хоча не кожна людина буде зазнавати важкого обмеження життєдіяльності протягом свого життя, саме по собі старіння є процесом накопичення порушень у багатьох доменах, кожне з яких низького або середнього ступеня тяжкості, але в сукупності досить обмежує. Це обмеження життєдіяльності є універсальною ознакою, тому це просто описовий факт епідеміології функціонування. У той же час, однак, в основному з соціально-політичних причин, ми соціально ідентифікуємо групу осіб, як «людей з об-

меженнями життєдіяльності», як, фактично, групу меншості, яка, як група, маргіналізується з загального потоку і якій заперечується, в тій чи іншій мірі, повне залучення і ефективна участь у житті суспільства. Ця соціальна проблема не є універсальною, але обмежена окремою меншістю.

Реабілітація зосереджена на загальному сенсі обмеження життєдіяльності. Внаслідок старіння населення – частково викликаного успіхом сучасної медицини та збільшенням виживання після хвороб та травм – все більше реабілітаційних заходів спрямовані не тільки на серйозні проблеми з функціонуванням, такі, як інсульт та травми спинного мозку (СМТ), але також на ситуації з декількома, але відносно легкими чи середніми обмеженнями життєдіяльності, пов'язаними із процесом старіння і пов'язаними з кількома станами здоров'я, а не з одним важким обмеженням життєдіяльності, яка безпосередньо пов'язана з одним важким хронічним станом здоров'я^{24,25}. Тому майбутніми викликами реабілітації, як стратегії охорони здоров'я та, зокрема, ФРМ, в контексті збільшення тягара допомоги, збільшення витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу та більших соціальних очікувань гарного здоров'я, будуть, таким чином, створення комплексних стратегій втручання, які можуть дати відповіді при повному обсязі обмежень життєдіяльності, що включатимуть декілька різноманітних доменів функціонування. Не менш важливим буде оцінка результатів цих втручання, щоб забезпечити якість і належні витрати. Але як суспільство – у тому числі фахівці реабілітації та професійні організації – ми повинні вирішити проблеми тих людей з обмеженнями життєдіяльності, які виключені з повної участі в житті суспільства. Тут основна увага повинна бути зосереджена на соціальній цілі повної інклюзії відповідно до основних прав людини. Ці права були чітко підтверджені для цієї соціальної групи в рамках Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності Організації Об'єднаних Націй, прийнятої у 2006 році²⁶.

Реабілітація

Реабілітація, основна стратегія охорони здоров'я в системі охорони здоров'я

З точки зору системи охорони здоров'я реабілітація є однією з п'яти стратегій охорони здоров'я^{13,14}, цілі та показники результативності яких показані в Таблиці П²⁷. З моменту прийняття Декларації в Алма-Аті у 1978, реабілітація вважається основною стратегією охорони здоров'я у первинній медичній допомозі, яка спрямована на вирішення “основних проблем в сфері здоров'я в

Таблиця II. Основні стратегії здоров'я в системі охорони здоров'я, їхні цілі та показники, адаптовані від: Stucki G, Bickenbach J. *Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):134-8.*

Стратегія	Ціль здоров'я	Індикатор	
Превентивна	Профілактика стану здоров'я (профілактика хвороби)	Захворюваність	МКХ
Промотивна	Оптимальне біологічне здоров'я	МКФ – здатність	МКФ
Лікувальна	Контроль стану здоров'я (контроль хвороби)	Смертність	МКХ
Реабілітаційна	Оптимальне функціонування	МКФ – здатність та виконання	МКФ
Підтримуюча	Оптимальне здоров'я життя	МКФ – виконання	МКФ
Паліативна	Якість життя та благополуччя	Задоволення	

суспільстві” шляхом “надання промоційних, превентивних, лікувальних та реабілітаційних послуг”²⁸.

Виникнення реабілітації, як ключової стратегії охорони здоров'я в XXI столітті

Лікувальні, профілактичні та промоційні стратегії охорони здоров'я відповідали за зростання впливу медицини і громадського здоров'я протягом більшої частини XIX і XX століть. Але в ближче до кінця минулого століття виникли епідеміологічні проблеми, головним чином через успіхи попередніх десятиліть. Зокрема, населення старіє через поліпшення медичного обслуговування і

підвищення виживання при станах, що раніше вважалися смертельними, а хронічні неінфекційні захворювання стали, принаймні, в високорозвинених країнах, основним джерелом смертності²⁸. Як наслідок, в цьому столітті, крім підтримки цілі з

Таблиця III. Концептуальний опис реабілітаційної стратегії, що базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), модифікована версія (терміни МКФ позначені жирним шрифтом).

<p>Реабілітація є стратегією охорони здоров'я, яка спирається на інтегративну модель функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я ВООЗ, застосовується та інтегрує:</p> <ul style="list-style-type: none"> → підходи до оцінювання функціонування в світлі станів здоров'я → підходи до оптимізації здатності особи → підходи, які розбудовують і змінюють ресурси особи → підходи, які забезпечують середовище, що сприяє → підходи, які розвивають виконання особи → підходи, які підвищують якість життя особи, пов'язану зі здоров'ям, у партнерстві між особою та надавачем, в розумінні сприйняття особою його або її місця в житті; <p>протягом перебігу стану здоров'я та в усіх вікових групах;</p> <p>впродовж та через континуум допомоги, включаючи лікарні, реабілітаційні заклади та громади, і між секторами, включаючи охорону здоров'я, освіту, працю та соціальні відносини;</p> <p>з ціллю надати можливість особам зі станами здоров'я, що зазнають, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягнути та підтримати оптимальне функціонування</p> <p>з: Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. <i>Journal of Rehabilitation Medicine. 2011;43(9):765-9. Table II p. 768.</i></p>

Блок 4.1. Що таке реабілітація?

Ця Доповідь визначає реабілітацію як «комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами». Іноді проводиться різниця між абілітацією, яка спрямована на допомогу тим, хто набув обмеження життєдіяльності з народження, або рано в житті, розвинути максимальне функціонування; і реабілітації, де тим, хто зазнав втрати функцій, допомагають повернути максимальне функціонування (2).

У цієї главі термін "реабілітація" охоплює обидва види втручання. Хоча концепція реабілітації досить широка, в цей термін не може бути включено все, що стосується обмеження життєдіяльності. Реабілітація спрямована на поліпшення індивідуального функціонування, скажімо, шляхом поліпшення здатності особи їсти і пити самостійно. Реабілітація також включає внесення змін у середовище особи – наприклад, шляхом встановлення поручня у туалеті. Але ініціативи щодо усунення бар'єрів на суспільному рівні, такі як, наприклад, встановлення пандусу в громадську будівлю, не розглядаються як реабілітація в цій Доповіді.

Реабілітація зменшує вплив широкого спектру станів здоров'я. Зазвичай, реабілітація відбувається протягом певного періоду часу, але може включати одноразові або численні втручання, що надаються одним або командою фахівців реабілітації, та можуть бути потрібні починаючи з гострої або початкової фази одразу після визначення стану здоров'я до підгострої і підтримуючої фаз.

Реабілітація включає виявлення проблем та потреб особи, пов'язання проблем із відповідними факторами персони та її середовища, визначення реабілітаційних цілей, планування та впровадження заходів та оцінювання результатів (див. малюнок нижче). Освіта людей з обмеженнями життєдіяльності є дуже важливою для розвитку знань і навичок для самопомоги, догляду, управління і прийняття рішень. Люди з обмеженнями життєдіяльності та їх родини зазнають ліпшого здоров'я і функціонування, коли вони є партнерами в реабілітації (3-9)

Малюнок 3. Визначення реабілітації у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності [ВДОЖ]

профілактики, першочерговою стратегією охорони здоров'я стає не стільки лікування, скільки оптимізація функціонування людей, які живуть довше, але мають значно більші обмеження життєдіяльності^{30,31}. Але це природна область реабілітації, метою якої є оптимізація внутрішнього потенціалу здоров'я і підсилення сприятливості середовища, з тим щоб у взаємодії результатом було більше функціонування та менше обмежень життєдіяльності. Фактично, демографічні та епідеміологічні реалії соціально трансформували реабілітацію в основну стратегію охорони здоров'я ХХІ століття³².

Визначення реабілітації на основі МКФ

Прийняття Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)⁴ забезпечило основу для переосмислення реабілітації як стратегії в галузі охорони здоров'я та поставило реабілітацію на міцнішу концептуальну основу. Незначно модифікована частина засно-

ПР – це мульти-професійний підхід, ґрунтований на доказах, який надається в різних закладах, службах і заходах для осіб працездатного віку, що мають порушення, пов'язані зі здоров'ям, обмеження або зниження трудового функціонування, і основною метою якого є оптимізація їх участі в труді.

Малюнок 4. Пропоноване концептуальне визначення професійної реабілітації (ПР) на основі МКФ

ваного на МКФ концептуального опису реабілітації, опублікованого в 2007 році Комітетом професійної практики Секції ФРМ ЄСМС¹⁴, була використана в якості визначення реабілітації у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності (ВДОЖ) ВООЗ, оприлюдненої у 2011 році³³ (Малюнок 3). В тому ж році, після міжнародного обговорення, ISPRM розробила та затвердила оновлену версію цього концептуального опису (Таблиця III)¹⁵.

Цей концептуальний опис також послужив основою похідних концептуалізацій для конкретних

Таблиця IV. Міжнародна класифікація функціонування, концептуальний опис Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ)

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

Терміни МКФ позначені жирним шрифтом, рядки нумеруються курсивом.

ВООЗ: Всесвітня організація охорони здоров'я.

з: Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. Journal of Rehabilitation Medicine. 2011;43(9):760-4. Table I p. 762.

застосувань. Зокрема, для медичної спеціальності ФРМ була розроблена похідна версія, спочатку у вигляді версії для міжнародного обговорення³⁴, а потім переглянутої версії, схваленої ISPRM у 2011 році (Таблиця IV)¹⁶. Цей концептуальний опис може слугувати для розробки похідних концепцій для конкретних областей ФРМ, наприклад, для реабілітації, що фокусується на конкретних системах органів або станах здоров'я. Нарешті, другий похідний концептуальний опис був розроблений для професійної реабілітації (ПР) (Малюнок 4)³⁵.

Посилання

1. WHO. Constitution of the World Health Organisation. [Internet]. 2006. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. WHO. World Health Organisation International Classification of Diseases. Version 10. 1992.
3. Selb M., Kohler F., Robinson Nicol M.M., Riberto M., Stucki G., Kennedy C., et al. ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. *J Rehabil Med.* 2015 Jan;47(1):2–8.
4. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001. 2001.
5. Stucki G., Zampolini M., Juocevicius A., Negrini S., Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(2):299–307.
6. Proding B., Ballert C.S., Brach M., Brinkhof M.W.G., Cieza A., Hug K., et al. Toward standardized reporting for a cohort study on functioning: The Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study. *J Rehabil Med.* 2016 Feb;48(2):189–96.
7. Stucki G., Proding B., Bickenbach J. Four steps to follow when documenting functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):144–9.
8. Proding B., Tennant A., Stucki G. Standardized reporting of functioning information on ICF—based common metrics. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 May 23;
9. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2017 Jun 14]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
10. ICF Based Documentation Form. World Health Organisation and ICF Research Branch [Internet]. [cited 2016 Aug 23]. Available from: <http://www.icf-core-sets.org/>
11. Bickenbach J., Cieza A., Rauch A., Stucki G. ICF Core Sets Manual for Clinical Practice. Hogrefe: Verlagsgruppe. 2012.
12. ICF Research Branch. ICF Research Branch [Internet]. 2016. Available from: <https://www.icfresearch-branch.org/>
13. Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med.* 2017. [Epub ahead of print]
14. Stucki G., Cieza A., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):279–85.
15. Meyer T., Gutenbrunner C., Bickenbach J., Cieza A., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):765–9.
16. Gutenbrunner C., Meyer T., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):760–4.
17. ICF Case Studies. Translating Interventions into Real-life Gains – a Rehab-Cycle Approach. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.icf-casestudies.org/index.php?lang=en>
18. Dorjbal D., Cieza A., Gmender H.P., Scheel-Sailer A., Stucki G., Їстьн Т.В., et al. Strengthening quality of care through standardized reporting based on the World Health Organization's reference classifications. *Int J Qual Health Care.* 2016;28(5):626–33.;
19. Li J., Proding B., Reinhardt J.D., Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):502–7.
20. Gutenbrunner C., Bickenbach J., Kiekens C., Meyer T., Skempes D., Nugraha B., et al. ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2015 Oct 5;47(9):809–15.
21. WHO. WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better health for all people with disability. Sixty-seventh World Health Assembly 4 April 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
22. WHO. Model Disability Survey [Internet]. Available from: www.who.int/disabilities/data/mds/en/.
23. Bickenbach J., Rubinelli S., Stucki G. Being a person with disabilities or experiencing disability: Two perspectives on the social response to disability. *J Rehabil Med.* 2017;49(7):543–9.
24. He W., Muenchrath M.H., Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries, 2007–2010 International Population Reports. 2012.
25. WHO. World Report on Ageing and Health. 2015.
26. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, G.A. Res. 61/106 (2007). [Internet]. Available from: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm
27. Stucki G., Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):134–8.
28. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [Internet]. 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
29. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. 2014.
30. United Nations DESA. World Population Prospects. The 2015 Revision. [Internet]. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
31. Wan H., Muenchrath M., Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries 2007–2010: International Population Report [Internet]. New York: United States Census Bureau.; 2012. Available from: <https://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf> <https://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf>
32. Stucki G. Olle Huuk Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):486–93.
33. WHO, World Bank. World Report on Disability. 2011.

34. Stucki G., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):286–92.
35. Escorpizo R., Reneman M.F., Ekholm J., Fritz J., Krupa T., Marnetoft S-U, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J. Occup. Rehabil.* 2011 Jun;21(2):126–33.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Pedro Cantista, Gerold Stucki, Jerome Bickenbach, Christoph Gutenbrunner, Antynio Pinto Camelo, Carlotte Kiekens, Juan Carlos Miangollara, Daiana Popa, Francisco Sampaio, Pedro Soares Branco.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров.

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Розділ 2 – Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ описує підоснови контексту послуг ФРМ та включає наступне:

- Епідеміологічні аспекти функціонування та обмеження життєдіяльності
- Етичні аспекти та права людини
- Реабілітація та системи охорони здоров'я
- Економічний тягар обмежень життєдіяльності
- Вплив відсутності реабілітації

Планування послуг в охорони здоров'я визначає тягар обмежень життєдіяльності для суспільства, і цей розділ описує обґрунтування спеціалізованої реабілітації, підоснови ФРМ, а також чому основною компетенцією є функціональний діагноз та організаційний план, який ґрунтується на функції.

Розділ описує збільшення тягара обмежень життєдіяльності внаслідок умов, що спостерігаються в практиці ФРМ, а не при всіх тих захворюваннях, що призводять до фізичних обмежень, і не включає психічні захворювання, обмеження життєдіяльності щодо навчання тощо. 10% населення Західної Європи мають обмеження життєдіяльності та довше виживають, що призводить до збільшення витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу та більшого впливу супутніх захворювань. Розділ також описує вплив і збільшення витрат при відсутності реабілітації. Не тільки гроші, витрачені на реабілітацію, відновлюються з п'яти-дев'яти кратними заощадженнями (*напр.* через повернення до праці), але й реабілітація ефективна впродовж усіх фаз станів здоров'я. Спеціалізована реабілітація (та, що надається службою ФРМ) є високорентабельною для всіх неврологічних станів, забезпечуючи істотну економію витрат на поточне лікування, особливо у пацієнтів з високим рівнем залежності.

Дискримінація за обмеженнями життєдіяльності є незаконною, та даний текст описує, яким є правовий контекст людини з обмеженнями життєдіяльності, яка живе в Європі. Друга частина висвітлює Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права людини, підтвержені у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності, але також, принципи етичної практики серед лікарів ФРМ.

Третя частина адресована до варіабельності доступу до та фінансування реабілітаційних послуг у різних країнах. Розділ також відокремлює високоспеціалізовані втручання (такі, що надаються лікарем ФРМ) від спеціалізованих втручань (таких, як менеджмент пролежнів) та загальних втручань (*напр.* після неускладненого перелому кінцівок). Це буде важливо для органів охорони здоров'я, організацій громадського здоров'я, платників, надавачів, професіоналів охорони здоров'я, споживачів та громади.

Економічний та соціальний тягар обмежень життєдіяльності для суспільства є значним і надалі буде погіршуватись, хоча це важко визначити кількісно. Прямі витрати варіюють та включають додаткові витрати на повсякденне життя особам з обмеженнями життєдіяльності та державну допомогу з обмежень життєдіяльності. Реабілітація має найважливішу роль у зниженні цих витрат шляхом сприяння особистому відновленню та збільшенню функцій шляхом впливу на фактори середовища. Ця частина описує дослідження з економії коштів шляхом реабілітації осіб з важкими обмеженнями життєдіяльності.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):166-176.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 2. Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 49–60.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина; Європа; Тягар обмежень життєдіяльності; Економіка; Права людини; реабілітаційні витрати та вплив реабілітації.

Введення

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

Цей розділ описує підоснови контексту послуг ФРМ. Будь-яке планування останньої має враховувати тягар обмежень життєдіяльності серед суспільства, а цей розділ дає огляд ситуації не тільки в Європі, але також і в цілому світі. Фахівці ФРМ повинні бути зв'язані з цим контекстом та вміти застосовувати його, що дозволить їм працювати в рамках стандартів, прийнятих для спеціальності. Інші лікарі, професіонали охорони здоров'я та менеджери також повинні знати підоснови ФРМ і чому визначення функціонального діагнозу та організаційного плану, який ґрунтується на функції, є ключовим елементом компетентності ФРМ.

Епідеміологічні аспекти

Демографічні зміни в Європі

Населення Європи не тільки зростає, а й нещодавно відбулася подальша експансія від великої кількості мігрантів. Цифри 2013 року вказують на загальне число у 742,5 мільйонів жителів, з яких 510 мільйонів проживають у 28 країнах-членах Європейського Союзу. Європейський Союз Медичних Спеціалістів (ЄСМС) включає в себе Великий Європейський Простір з 31 країною-членами ЄС, а також Швейцарією, Норвегією, Ісландією. Туреччина, Ізраїль та Сербія є асоційованими членами, однак Секція ФРМ ЄСМС також має країноспостерігачі (Боснія і Герцеговина, Монтенегро, Македонія, Грузія, Вірменія, Росія та Україна).

ЄСМС прагне включити інші країни зі Східної Європи та країни, що межують з Азією, такі як Білорусь, Казахстан та Азербайджан.

Таким чином, загальна чисельність населення зростає до 851,6 млн. осіб за даними останньої статистики (2016 р.). Очікувана тривалість життя серед європейців також зростає. Наприклад, в Німеччині вона зросла майже на 3 роки в період між 1990 та 2000 роками, та, до 2030 року, оцінюється, що кожна четверта людина буде віком 65 років або старше^{1,2}. Додатково до старіння популяції, спостерігається збільшення рівня обмежень життєдіяльності, що виражається у зростанні тягара допомоги, збільшенні витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу, а також на збільшення впливу супутніх захворювань. Близько 10% населення Західної Європи зазнали обмежень життєдіяльності, як це описано в британському обзорі^{3,4}.

Необхідно також розглянути два важливих фактори:

- Вживання після серйозних захворювань і травм залишає зростаючу кількість людей зі складними проблемами функціонального дефіциту.
- Багато хто з цих людей є молодими під час випадку / травми і будуть жити протягом багатьох десятиліть^{5,6}.

Приклади є численними, *напр.* інсульт, черепно-мозкова травма, політравма та рак в дитячому віці, де краще організована гостра допомога та реабілітація призвели до більшого виживання і кращих результатів⁷⁻¹⁶.

В сучасному суспільстві також існує очікування хорошого здоров'я. Це ставить додаткові вимоги до всієї охорони здоров'я, включаючи лікарів ФРМ. Мати справу з наслідками захворювань і травм, такими, як спастичність після уражень головного або спинного мозку означає, що це не тільки покращення життя пацієнтів, але й вигода для економіки охорони здоров'я за рахунок зниження витрат на лікування цих ускладнень. Це матиме прямий вплив на надання допомоги, трудове життя та пенсії^{12,13,17}. Зокрема, такі проблеми, як знерухомленість, біль, харчування, нетримання, порушення комунікації, розлади настрою і поведінки стають важливими в доповненні до системних хвороби та до ускладнень існуючих станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Реабілітація є ефективною в зменшенні тягара обмежень життєдіяльності та розширенні можливостей для людей з обмеженнями життєдіяльності. Є докази, що це може бути менш затратним, ніж відсутність надання такої допомоги¹⁷. Існують переконливі докази того, що попередження усклад-

нень знерухомленості (*напр.* пролежні і контрактури), черепно-мозкових травм (*напр.* поведінкові проблеми) та болю (*напр.* зміни настрою) можуть призвести до багатьох переваг¹⁷.

Епідеміологія функціонування та обмежень життєдіяльності

Епідеміологічні дослідження традиційно ґрунтували свою методологію на патологіях. В даний час вони почали розглядати хронічну хворобу, як суб'єкт, але ще не розглянули належним чином концепції функціонування, участі та якості життя осіб з обмеженнями життєдіяльності, як популяції. Сучасний підхід полягає у вирішенні цих проблем, зосереджуючи увагу на Очікуваній Тривалості Життя в Здоровому стані (ТЖЗ, Healthy Life Expectancy – HALE) та Роки Життя, Скориговані з Обмеженнями Життєдіяльності (РЖСОЖ, Disability-Adjusted Life-Years – DALYs). Це – сумарні показники популяційного здоров'я, які поєднують інформацію про смертність та нефатальні результати здоров'я для демонстрації здоров'я населення в одному числі. Додатково до захворюваності та поширеності найчастіших патологій в певній області (інсульти, ураження спинного мозку, черепно-мозкові травми, ампутації, ревматологічні захворювання, інші неврологічні, або м'язово-скелетні стани, болі тощо), епідеміологія у ФРМ повинна враховувати:

- результуючу втрату функціонування з точки зору категорій МКФ;
- природний розвиток функцій, активності та участі;
- потребу в та доступ до ресурсів для використання в реабілітації (людські ресурси, заклади, обладнання, матеріали);
- доступ до наявних ресурсів ФРМ.

Така інформація допомагає плануванню та визначенню пріоритетів регіональних, національних та європейських послуг, фінансуванню досліджень та розвитку навчання шляхом надання інформації про ефективність та ціну-ефективність втручань ФРМ. Є багато свідчень, що надають інформацію щодо частоти та поширеності основних станів, які призводять до обмежень життєдіяльності та спостерігаються в практиці ФРМ. Деякі приклади наведені у Додатку 3. ФРМ особливо стурбована їх впливом. Як приклад, ми можемо шукати результати нещодавнього опитування в Португалії, де повідомлялося, якнайменш 0,7% всього населення прикуто до ліжка; 0,4% – обмежені сидінням (потребують візків); 1,9% не жили у власних домівках; 9,0% не ходили або мали суттєві обмеження при ходьбі; 8,5% – обмежені при пересуванні до та з ліжка; 6,2% не могли користуватися туалетом

без сторонньої допомоги; 8,6% потребували сторонньої допомоги при одяганні або роздяганні; 3,6% чоловіків та 5,3% жінок мали нетримання сечі; біля 2,3% мали утруднення з мовою. Загальна поширеність усіх обмежень життєдіяльності в громаді становила 10%⁵⁵.

Підсумовуючи, епідеміологічні дані підтримують тягар довготривалих станів серед населення Європи та підкреслюють потребу в реабілітації у Європі. Специфічні епідеміологічні дані, орієнтовані на функціонування та обмеження активності, мають важливе значення, щоб дати нам правильну ідею про те, як ми прогресуємо у глобальній реабілітаційній допомозі. Таким чином, можливо припустити важливість потреби в реабілітації та потенційно значний внесок ФРМ у зниженні цього тягаря, а також розширення можливостей людей з обмеженнями життєдіяльності.

Етичні аспекти та права людини

Метою цієї глави є висвітлення сучасних досягнень в підтримці прав людини для осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема, коли вони потребують порад та втручань від служб ФРМ. Цей розділ розглядає два аспекти: права людини як соціальний підхід (макрорівень) та етичний підхід до практики медицини (мікрорівень). Насправді існує взаємодія обох.

Висновок полягав у тому, що права людини відіграють все більшу роль у боротьбі за глобальне поліпшення здоров'я та охорону здоров'я. Вони також мають важливі наслідки для практиків реабілітації та дослідників, і повинні бути ядром будь-якої етичної основи для реабілітації. Можливо навіть стверджувати, що права та гідність самі по собі є цінними результатами для реабілітації.

Цей розділ стосується переважно прав людини, але був включений, щоб показати їх місце у практиці ФРМ. Спеціалісти в цій галузі повинні вирішувати етичні питання щодо принципів та норм належної професійної поведінки. Вони також повинні піклуватися про знання прав та обов'язків фахівців охорони здоров'я та про їхню поведінку щодо пацієнтів та молодших колег, включаючи дії, що здійснюються під час допомоги пацієнтам та членам їх родин. Вони беруть на себе відповідальність за дотримання стандартів етичної практики та поведінки, встановлених професією, і вони викладені у всіх або більшості європейських держав, (*напр.* “Гарна медична практика” – “Good Medical Practice” – Генеральної медичної ради Великої Британії). Це включає в себе етичні питання допомоги пацієнтам, професійну командну роботу та дотримання норм охорони здоров'я.

Клініцисти повинні звертати увагу на проблеми стилю життя осіб з обмеженнями життєдіяльності та повинні дотримуватися загальної професійної поведінки в етичних питаннях у реабілітаційних дослідженнях.

Підхід з прав людини

Була помітна зміна можливостей для прав людини та правової бази, що стосується дискримінації осіб з обмеженнями життєдіяльності. На сьогодні у всьому світі понад мільярд осіб з обмеженнями життєдіяльності¹⁹, і вони складають значну частину суспільства. Це дорівнює приблизно 106 мільйонам людей, що живуть в Європі. Таким чином, їхні права є основним напрямом і вони не є фракцією, яку слід задовольняти. В минулому вони просто вважалися групою, якій слід надавати допомогу, але сьогодні в Європі це є нормою (або має бути так), що вони живуть, як громадяни з повною автономією, інклюзією, гідністю та правами людини²⁰. Це є фундаментальним елементом у тексті Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності ООН. Це також підтримується в Стандарті ООН з Прав людини, що є основою законодавства, спрямованого на запобігання дискримінації людей з причин обмежень життєдіяльності. Конвенція про права людини²¹ говорить, що особа з обмеженнями життєдіяльності не повинна бути предметом догляду (“пацієнтом”) протягом усього життя. Замість цього він або вона є громадянином з особливими потребами, пов’язаними зі специфічним обмеженням життєдіяльності. Ці потреби повинні забезпечуватися суспільством, але в “нормальному” контексті. Участь є фундаментальною і центральним аспектом цього є доступність до суспільства. Це включає фізичну доступність, *напр.* в громадські і приватні зони та будівлі, а також до громадського транспорту, інформації тощо. У ряді європейських країн встановлено правила щодо доступності для будівництва громадських будівель. Генеральна Асамблея ООН схвалила розробку Стандартів ООН у грудні 1993 року, і, шляхом її розробки в Конвенцію про забезпечення особам з обмеженнями життєдіяльності повної участі та рівності, та це важливо для встановлення фундаментальних принципів. ВООЗ визначає обмеження життєдіяльності, як взаємодію особи зі станом здоров’я та середовища, що вирішує будь-яку дискусію між медичним або соціальним підходом до цього, а також і сам підхід¹⁹.

Рада Європи також опублікувала серію доповідей та документів з прав людини для осіб з обмеженнями життєдіяльності. Тут вони не були док-

ладно описані, оскільки вони були опубліковані у другому виданні Білої Книги^{22,23}. Їх завданням є:

- покращити якість життя осіб з обмеженнями життєдіяльності та їх сімей протягом наступного десятиліття;
- прийняти заходи, що спрямовані на підвищення якості життя осіб з обмеженнями життєдіяльності, які повинні базуватися на обґрунтованій оцінці їх становища, потенціалу та потреб;
- розробити план дій для досягнення цих цілей;
- забезпечити рівність доступу до працевлаштування, як ключового елемента соціальної участі;
- прийняти інноваційні підходи, оскільки люди з фізичними, психологічними та інтелектуальними порушеннями живуть довше;
- створювати заходи для забезпечення належного стану фізичного та психічного здоров’я на пізніх етапах життя;
- зміцнювати підтримуючі структури навколо осіб з обмеженнями життєдіяльності, які потребують широкої підтримки;
- сприяти забезпеченню якості послуг;
- розробляти програми та ресурси для задоволення потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Законодавство про права осіб з обмеженнями життєдіяльності також було створено в кількох європейських країнах²⁴. Деякі з них мали багаторічне законодавство з загальною політикою щодо реабілітації людей з обмеженнями життєдіяльності (*напр.* Франції отримала Disabled Persons Act з 1975), але більшість країн прийняли антидискримінаційне законодавство лише протягом останніх п’ятнадцяти-двадцяти років, *напр.* Act of Equal Opportunities for Disabled Persons (Акт про рівні можливості для осіб з обмеженнями життєдіяльності, Німеччина), Framework Law (Рамковий закон, Італія), Constitution Act (Конституційний Акт, Фінляндія), Acton Provision of Rights of Persons with Disabilities (Акт про забезпечення прав осіб з обмеженнями життєдіяльності, Угорщина, 1998), Health for All 2004 (Здоров’я для всіх 2004, Словенія), Disability Discrimination Act 1996 (Акт про дискримінацію при обмеженнях життєдіяльності 1996, Велика Британія), Toward Inclusion 2001 (До інклюзії 2001, Велика Британія) та ін.

Це наступні⁷:

- Реабілітація та право на здоров’я описана у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності (2011) та Конвенції ООН про права людини (2005)^{19,25,26}. Права людини ґрунтуються на цінностях FREDA (Freedom, Respect, Equality, Dignity, Autonomy – Свобода, Повага, Рівність, Гідність, Автономія), що дає свободу від дис-

кримінації, особливо враховуючи права меншин. Всі члени суспільства мають право на здоров'я з точки зору детермінант здоров'я, санітарії, їжі, води, харчування та права на реабілітацію. Концептуальний опис реабілітації раніше був описаний в контексті його надання через сектор охорони здоров'я.

- Реабілітація також підтримується міжнародним правом, і багато написано в багатьох деклараціях та конвенціях – *напр.* 2006 Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності²⁷. Однаково, реабілітація підтримується регіональним законодавством ЄС, і це описує Європейська конвенція з прав людини. Нарешті, ФРМ та послуги охорони здоров'я підтримують правозахисний підхід до практики реабілітації та послуг ФРМ. Вони повинні бути наявними, прийнятними для користувачів, бути високоякісними та доступними для всіх (тобто не дискримінаційними, фізичними та доступними за ціною, в межах етичної сфери), але це не закріплено законом чи конвенціями.

- Вони також повинні закріплювати професійні цінності та стандарти, медичну освіту та навчання з питань етики, прав людини та адвокації.

Рекомендації мали²⁷:

- сприяти професійним стандартам;
- висувати на передній план освіту та навчання з питань етики та прав людини для медичних студентів та лікарів, що навчаються;
- заохочувати освіту серед людей з обмеженнями життєдіяльності, впливати на політиків та допомагати адвокації.

З точки зору прав людини реабілітаційна практика накладає основні стандарти надання послуг охорони здоров'я, які повинні бути:

- доступні з фізичної та інформаційної точки зору;
- не дискримінаційними;
- доступними за ціною;
- прийнятними з етичної та культурної точки зору;
- науково та медично доцільними та найвищої якості.

Повертаючись до охорони здоров'я, первинною метою політики охорони здоров'я є максимізація здоров'я населення в межах наявних ресурсів та етичних рамок, заснована на принципах справедливості та солідарності. Інноваційні технології, що надають терапевтичну вигоду, повинні бути доступними за прийнятною ціною²⁸. Варіанти, що мають на увазі, на макро-, мезо- та мікрорівні будуть описані нижче. В 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла Резолюцію "Обмеження життєдіяльності, включаючи превенцію, управління та реабілітацію", і зробила низку

рекомендацій, які надали Генеральному директору ряд завдань²⁹. ВООЗ розглядає обмеження життєдіяльності, як проблему прав людини, проблему громадського здоров'я та проблему розвитку^{30,31}.

Застосування принципів (медичної) етики

З точки зору медичної етики, що це означає для медичної практики? Спільне прийняття рішень важливе для лікарів-клініцистів у всіх медичних спеціальностях, але особливо для лікарів ФРМ. Прийняття прав людини, як рушійної сили для інклюзивної політики та медичної етики є наріжним принципом пацієнт-центричної реабілітаційної допомоги та практики ФРМ. Захист у прийнятті рішень на рівнях уряду та планування. Цей розділ розглядає лише етичні принципи на макрорівні, тобто у зв'язку з політикою охорони здоров'я.

Концептуальні вибори, зроблені суспільством та органами охорони здоров'я, можуть впливати на рішення стосовно людей з обмеженнями життєдіяльності. Це включає концепції обмеження життєдіяльності та відповіді, що описані вище. Всесвітня доповідь з обмежень життєдіяльності (2011) та Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності (UNCRPD, 2006) підкреслили важливість адвокації для осіб з обмеженнями життєдіяльності за допомогою Глобального плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки "Краще здоров'я для всіх людей з обмеженнями життєдіяльності"^{18,27,30}. Стаття 1 UNCRPD описує мету Конвенції: заохочення, захист й забезпечення повного й рівного здійснення всіма особами з обмеженнями життєдіяльності всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання притаманного їм достоїнства. UNCRPD є юридично обов'язковою у країнах, які її ратифікували, а стаття 26 "Абілітація та реабілітація" закликає держави організувати, зміцнювати та розширювати комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування.

Все це закріплено в практиці ФРМ і підтримується лікарями ФРМ, тому реабілітація стала ключовою стратегією охорони здоров'я ХХІ століття³². Це має враховувати зростаючу потребу в реабілітації внаслідок досягнень в охороні здоров'я та медичних технологіях, старіння населення, збільшення виживання та очікуваної тривалості життя, а також збільшення тягаря хронічних та довготривалих станів, що створює тиск на додаткові витрати на тлі скорочень бюджетів.

Етичні та культурні аспекти також обговорюються в інших розділах книги та демонструють, що

лікарі ФРМ також виступають в ролі адвокатів у консультуванні урядів та організаторів охорони здоров'я щодо прийняття рішень. Ці розділи покажуть, що вони також розглядаються в навчальних програмах з реабілітації та післядипломного навчання. Професіонали, які надають послуги ФРМ, повинні мати час (і роботи), щоб задуматися над цими питаннями.

Реабілітація та системи охорони здоров'я

Доступ до та фінансування реабілітаційних послуг варіюють залежно від країни, і багато з цих варіантів залежать від відповідних систем охорони здоров'я та соціальних систем^{33,34}. Відмінності також виявляються через відмінності у способі збирання та обрахунку даних. У деяких країнах можуть бути навіть регіональні відмінності. Зацікавлені сторони включають органи охорони здоров'я (політики, а також адміністратори), організації громадського здоров'я, платники (страхування в охороні здоров'я та соціальне страхування, або інші організації, які фінансують охорону здоров'я та соціальну допомогу), надавачі послуг, професіонали охорони здоров'я, споживачі та громада.

Доступ до реабілітаційних втручань керується призначенням від лікаря ФРМ. Обговорення реабілітації по всій Європі має відокремити високоспеціалізовані втручання, такі як ті, що надаються лікарем ФРМ від спеціалізованих втручань, такі як лікування пролежнів та загальні втручання, такі як втручання з мобілізації після, скажімо, неускладненого перелому кінцівок. Цей розділ не зможе вирішити всі ці питання, оскільки вони оплачуються по-різному, але всі вони надаються тим чи іншим чином. Платники та уповноважені з охорони здоров'я повинні знати про цінність спеціалізованих втручань, які потребують мульти-професійної команди, на відміну від одного практикуючого спеціаліста. Вони можуть здаватися коштовними, однак існують гарні докази їх рентабельності в гострих, підгострих та довготривалих закладах^{35,36}. ФРМ присутня в усіх, крім одного з 34 членів ЄСМС, і кожна країна має визначати, що буде або не буде фінансуватися через звичайні потоки ресурсів.

Ця книга стосується перш за все ФРМ у більшості європейських країн. Втручання ФРМ покриваються пакетом громадського страхування, особливо для спеціалізованої реабілітації у гострих закладах, і Розділ 8 описує різні етапи процесу ФРМ. Проте практично скрізь існує доповнення "з кишені" для пацієнта, яке зазвичай є найбільшим протягом хронічної та довготрива-

лої допомоги. Часто приватні страхові системи та приватні лікарні існують для пацієнтів, які хочуть завершити лікування з додатковою допомогою більш ніж надає громадський пакет. Підгострі програми ФРМ та фізична терапія можуть бути обмеженими за тривалістю або кількістю сеансів, але найбільша варіабельність існує при довготривалій реабілітації. Здається, це походить від історичних відмінностей, головним чином між попередньою Східною та Західною Європою, а також між північними та середземноморськими районами. У деяких країнах немає державного фінансування для довготривалої допомоги, тим більше з часу нещодавньої фінансової кризи. У більшості країн Центральної та Східної Європи довготривала реабілітація зазвичай досить добре організована і може бути об'єднана зі "Спа-центрами".

Послуги ФРМ в гострому періоді (стаціонарні та амбулаторні) зазвичай вбудовані до гострих / загальних лікарень або до приватної практики (амбулаторні). Підгострі послуги надаються в цілому, а також у спеціалізованих лікарнях / центрах, тоді як довготривалі послуги переважно організуються в спеціалізованих закладах, іноді залежно від соціального обслуговування, ніж охорони здоров'я.

У деяких країнах пацієнти мають доступ до програм ФРМ через направлення до лікаря ФРМ, однак існує тенденція направлення пацієнтів з гострих послуг для початку ранньої реабілітації під наглядом лікарів ФРМ.

Незважаючи на те, що ФРМ визнається майже у кожній країні Європи, розподіл фахівців залишається відносно низьким. Існує велика різниця в кількості фахівців по країнах, їх ролі в системі охорони здоров'я та в їхніх умовах роботи. Таблиця 1 Розділу 5 показує різницю в кількості фахівців по країнах, і, хоча оптимальна кількість лікарів ФРМ на одиницю населення ще не є визначеною для всієї Європи, існує очевидна невідповідність між країнами.

Економічний тягар обмежень життєдіяльності

Вартість обмежень життєдіяльності

Економічний тягар обмежень життєдіяльності набуває більшої важливості, зважаючи на збільшення кількості осіб з обмеженнями життєдіяльності та впливу більшого і довшого виживання. Крім того, економічна криза в Європі ставить питання про те, як ці люди будуть підтримуватися за допомогою економічної підтримки. Зростання цих показників вже формує економічне та соціальне навантаження на суспільство, і воно,

ймовірно, погіршуватиметься, оскільки вік дітей, що народилися після Другої Світової Війни під час буму народжуваності, мінає 70 років. Справжню кількість людей з важкими та помірно важкими обмеженнями життєдіяльності важко визначити, але вони, безумовно, ставлять вимоги до системи охорони здоров'я. Одна з причин полягає в тому, що визначення обмежень життєдіяльності часто змінюється в різних дисциплінах. Існують також різні інструменти оцінювання та різні державні програми для обмежень життєдіяльності, що призводить до труднощів при порівнянні даних з різних джерел³³. Додатково, обмежені дані про компоненти вартості обмежень життєдіяльності ускладнюють кількісну оцінку втрати продуктивності та не існує загальноприйнятих методів оцінки вартості¹.

Для ліпшого розуміння, ми повинні скористатися визначенням обмежень життєдіяльності за МКФ³⁷, як функціонального обмеження, яке є результатом не тільки порушень або персональних обмежень повсякденної активності, але й також від співвідношення особи та середовища, що включає дисфункцію на одному або декількох з трьох рівнів: порушення, обмеження активності та обмеження можливості участі. В результаті цього втрата здатності, на фізичному чи психічному рівнях, знижує виконання деяких активностей повсякденного життя, збільшуючи витрати на досягнення певного рівня благополуччя. Відповідно до Всесвітньої доповіді з обмежень життєдіяльності, ціна обмежень життєдіяльності може бути класифікована як пряма, так і непряма¹⁹ (Малюнок 1).

Прямі витрати можна розділити на дві категорії: (і) додаткові витрати, з якими стикаються особи з обмеженнями життєдіяльності та їхні родини для досягнення повсякденних життєвих стандартів та (ii) допомога з обмежень життєдіяльності, що надається урядами. У Сполученому Королівстві оцінки складають від 11% до 69% від стандартного доходу³⁸. У Ірландії приблизна вартість обмеження життєдіяльності коливається від 20,3% до 37,3% від середнього тижневого доходу, залежно від тривалості та ступеня обмеження цих людей. Він вище у тих, хто має важкі обмеження³⁹. 14% для домогосподарств в Боснії та Герцеговині⁴⁰ класифікуються як такі, що мають особу з обмеженнями життєдіяльності.

Державні витрати на програми з обмежень життєдіяльності включають допомогу з повного або часткового обмеження життєдіяльності, а також планування раннього виходу на пенсію відповідно до специфіки обмеження життєдіяльності. Витрати складають близько 2% валового внутрішнього продукту (ВВП) включно з виплатами по листках тимчасової непрацездатності. Це приблизно

но в 2,5 рази перевищує витрати на допомогу по безробіттю та становить близько 5% ВВП у Нідерландах та Норвегії⁴⁰. Оцінка втрат продуктивності внаслідок обмеження життєдіяльності та відповідних податків, таким чином, складна та потребує статистичної інформації.

Недавнім дослідженням запропоновано, що вартість обмежень життєдіяльності пов'язана з двома проблемами⁴¹. Перша – фінансова. Особам з обмеженнями життєдіяльності більш складно знайти роботу, зберегти працевлаштування або вони можуть отримати нижчий дохід; однак, їм, можливо, доведеться використовувати власні фінанси / заощадження для досягнення задоволеності або, можливо, знадобиться більший дохід лише за звичайну активність. Друга проблема пов'язана з системами соціального захисту, які надають послуги через пряме оподаткування або сприятливе середовище, таке, як переваги в парковці або субсидії на працевлаштування, спрямовані на компенсацію більш високих витрат, пов'язаних з обмеженнями життєдіяльності у багатьох країнах⁴¹.

У Європі деякі політики спрямовані на реінтеграцію осіб з обмеженнями життєдіяльності до роботи, інші прагнуть компенсувати особам з обме-



Малюнок 1. Вартість обмежень життєдіяльності

женнями життєдіяльності. За даними Eurostat, державні соціальні витрати на обмеження життєдіяльності в ЄС-28 в 2012 році сягнули 2% від ВВП, починаючи з 0,7% на Кіпрі до 4,4% у Данії⁴¹.

Європейська комісія висвітлила в Європейській стратегії з обмежень життєдіяльності на 2010-2020 роки⁴² вісім напрямків спільних дій між ЄС та державами-членами ЄС. Це:

- доступність;
- участь;
- рівність;
- працевлаштування;
- освіта та навчання;
- соціальний захист;
- здоров'я та зовнішні дії.

Роль реабілітації у зниженні вартості обмежень життєдіяльності

Таким чином, реабілітація, в принципі, має ключову роль у зниженні вартості обмежень життєдіяльності шляхом сприяння функціональному відновленню та збільшенню функції з менеджментом факторів середовища. Щоб зменшити вартість обмежень життєдіяльності, така гіпотеза повинна мати гарне співвідношення ціна-витрати. Останнім часом два дослідження ціни-витрат стаціонарної реабілітації – одне для складних обмежень життєдіяльності внаслідок неврологічних розладів у Великій Британії⁴³, а інше – для черепно-мозкової травми в Ірландії⁴⁴ – чітко продемонстрували істотну економію витрат на поточну допомогу, отриману шляхом реабілітації із середнім щотижневим зниженням вартості на £760⁴³ або £639⁴⁴ для кожного високозалежного пацієнта. Окупність реабілітації була досягнута протягом 14,2 або 15,6 місяців^{43,44}. Важливо зазначити, що очікувана річна економія на одного пацієнта в цій суттєво залежній групі пацієнтів при надходженні до стаціонарної реабілітації може сягати 50 000€⁴⁴. Домашня програма нейроповедінкової реабілітації під час підгострої фази черепно-мозкової травми призвела до економії £1,13 млн. для тих, хто отримує реабілітацію протягом першого року після черепно-мозкової травми і досягає £0,86 млн. для тих, хто отримує реабілітацію пізніше після травми (>1 року)⁴⁵. Ці висновки розширюють вигоди реабілітаційних послуг (включаючи програми ФРМ), за межі лише функціональних покращень, але також, як важливі заощадники коштів для сімей, для сторонніх платників, а також для суспільства в цілому. Результати щодо ціни-ефективності поширюються на реабілітацію в різних закладах та для різних станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Наприклад, два дослідження виявили переваги мультидисциплінарної

реабілітації болю в плані економії коштів. Була значна економія витрат зі зменшенням на 42,98 кількості днів знаходження на лікарняному листі протягом одного року порівняльно з пацієнтами, які отримували стандартну допомогу⁴⁶. Інше дослідження визначило економію в розмірі 27 119 доларів США на родину в наступному році після надходження на тритижневу міждисциплінарну програму педіатричної реабілітації хронічного болю з фізичною терапією, ерготерапією, груповими вправами на землі та в воді, рекреаційною терапією та психологічною терапією. Були також суттєві скорочення тривалості госпіталізації, відвідування лікарів, послуг фізичної та ерготерапії, відвідування психотерапевтів та пропуск днів роботи батьками⁴⁷. Також було доведено довгострокову економічну ефективність кардіо-легеневої реабілітації^{48,49}. Існують також переваги в плані сприйняття обмежень життєдіяльності, значно меншої кількості годин відсутності на робочому місці внаслідок хвороби, коли координована та адаптована програма професійної реабілітації (ПР) надається мульти-професійною командою, яка спільно працює під керівництвом лікаря ФРМ порівняльно з контрольною групою при м'язово-скелетних розладах. Загальна сума непрямих заощаджень склала близько 1366 доларів США на особу протягом шести місяців та 10666 доларів США на особу після року в групі втручання⁵⁰. Програми реабілітації в громаді для довготривалого догляду у слабких людей похилого віку також були визнані економічно ефективними з високим ступенем задоволення пацієнтів. Однак у порівнянні з традиційною стаціонарною реабілітацією, це не зменшило тривалості перебування в лікарні або повторних надходжень до лікарні⁵¹.

Дослідження професійних м'язово-скелетних розладів показало, що рання реабілітація може призвести до економії коштів на медичні витрати до 64% та зниження витрат на обмеження життєдіяльності до 80%. Вартість реабілітації також була на 56% нижча при ранньому початку та очікуваною економією витрат приблизно у 170000 доларів США на один випадок⁵². Інше дослідження розрахувало довгострокову економію чистих витрат у розмірі 817836 дол. США⁵³.

Недавнє дослідження, присвячене множинному склерозу, підкреслює суттєві відмінності між пацієнтами з низьким показником обмежень життєдіяльності та тими, хто має високий показник обмежень життєдіяльності – у останніх була значно більша кількість візитів за медичною допомогою та більша кількість госпіталізацій, гірша якість життя, пов'язана зі здоров'ям, більш серйозні проблеми на роботі, більше безробіття та необхідність

зміни або зупинки роботи, і це все збільшило прямі та непрямі витрати на обмеження життєдіяльності⁵⁴. До цього розрахунку слід додавати додаткові непрямі витрати на обмеження життєдіяльності в 910 мільйонів євро (що становить ~ 0,5% ВВП) для португальського населення з ревматичними захворюваннями в 2013 році внаслідок дострокового виходу на пенсію. Ці цифри включають високу річну вартість через втрачені роки життя в працездатному стані⁵⁵.

Відомо, що в деяких випадках реабілітаційні втручання створюють додаткові витрати. Однак вони можуть бути пов'язані з поліпшенням клінічних результатів. В деяких інших ситуаціях реабілітаційні втручання можуть спричинити подібні клінічні результати при менших витратах. Реабілітаційні заходи можуть спричинити заощадження інших витрат на охорону здоров'я або соціальні послуги через підтримку продуктивності, яка була втрачена внаслідок існуючого стану здоров'я чи обмеження життєдіяльності.

Вплив відсутності реабілітації

Що відбудеться, якщо реабілітація та, зокрема, послуги фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) не надаються? Вилучення їх може здаватися менш вартісним, але чи не скасовується це зменшення витрат збільшенням витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу в інших місцях?⁴³ Отже, надання гарної реабілітації є важливим аспектом при плануванні та обґрунтуванні послуг ФРМ, як для особи та його або її родини / доглядача, так і для інших служб та суспільства в цілому. Відомо, що кошти, витрачені на реабілітацію, відновлюються з п'яти-дев'ятикратними заощадженнями, і реабілітація ефективна протягом усіх фаз станів здоров'я^{22,23}. Також відомо, що спеціалізована реабілітація (яка надається послугами ФРМ) є дуже рентабельною для всіх неврологічних станів, забезпечуючи значну економію витрат на поточну допомогу, особливо у пацієнтів з високим рівнем залежності⁴³. Служби ФРМ займаються реабілітаційними потребами людей із комплексними потребами, і тому вони споживають значні ресурси в охороні здоров'я. Наприклад, пацієнти з інсультом та спастичністю безпосередньо коштують у чотири рази більше, ніж ті, що не мають спастичності⁵⁶.

Приклади переваг послуг з ФРМ – це:

- ранній менеджмент спастичності може запобігти контрактурам та зменшити час, витрачений на подальшу стаціонарну реабілітацію⁵⁷;
- рання виписка з підтримкою після інсульту зменшить загальні витрати на охорону здоров'я⁵⁸;

- послуги ФРМ пов'язані не лише з більш високим рівнем повернення до праці, але й підтримують людей на робочому місці через те, що професійна реабілітація має враховувати всі фактори, необхідні для максимізації ймовірності сталого повернення до праці⁵⁹.

Реабілітаційний потенціал людини не може розглядатись окремо від того, що було б результатом без реабілітації. Питання, яке спеціалізована реабілітація намагається вирішити, полягає в тому, «Чи буде пацієнт отримувати таку вигоду від реабілітаційної програми, яку б пацієнт не мав, якби відновлення покладалось на випадок?» Природний розвиток порушень та, як наслідок, обмежень життєдіяльності та недоліки відіграють основну роль в можливому результаті після реабілітації. Деякі стани відновлюються спонтанно та раннє втручання може призвести до помилкового враження, що терапія була ефективною^{60,61}. З іншого боку, раннє втручання може бути пов'язане з покращеним результатом, навіть якщо повне відновлення не відбувається⁶².

Життя людей з постійними обмеженнями життєдіяльності та їхніх сімей може покращитись шляхом реабілітації, але, що більш важливо, наслідком того, що вони не мають реабілітації, може бути зменшення незалежного функціонування та якості життя⁶³. У лікарнях гострої допомоги багато проблем, що можуть бути виправленими, такі як харчування, ковтання, питання мобільності та обладнання можуть не розглядатися, оскільки основним фокусом неминуче є лікування первинного порушення. Саме тут лікарі ФРМ можуть допомогти у запобіганні ускладнень та у забезпеченні оптимального рівня функціонування⁶⁴. У разі відсутності реабілітації можуть виникати ускладнення та втрата функції, та виписка може затриматись. Проте, заклади охорони здоров'я мають статутні зобов'язання надавати послуги з реабілітації для задоволення потреб охорони здоров'я усіх пацієнтів^{65,66}.

Наступне можна відбутися за відсутності реабілітації при різних станах:

- знерухомленість, у тому числі слабкість, кардіо-респіраторна недостатність, втрата м'язів, пролежні, спастичність, контрактури та остеопороз;
- біль;
- проблеми харчування;
- проблеми ковтання;
- проблеми сечового міхура та кишківника (закрепи та нетримання);
- проблеми комунікації;
- пізнавальні проблеми та нездатність отримати користь від навчання;

- проблеми з настроєм та поведінкою;
- погане здоров'я та системні захворювання внаслідок різних причин, *напр.* проблеми з сечовим трактом і, кардіо-респіраторні проблеми, цукровий діабет;
- ускладнення основних станів.

Знаючи це, служби ФРМ повинні бути залучені до довготривалого спостереження за пацієнтами, коли вони переходять у життя в громаді, щоб запобігти:

- вторинним проблемам зі здоров'ям та соціальною ізоляцією;
- виснаженню доглядачів завдяки тягарю догляду і тим самим руйнуванню ситуації вдома;
- необгрунтованим викликам лікарів загальної практики або соціальних працівників;
- повторним госпіталізаціям до лікарні за невідкладними причинами;
- непотрібним скеруванням до програм домашнього або сестринського догляду;
- невідповідному та невчасному призначенню технічних засобів реабілітації;
- нездатності оновлення технічних засобів реабілітації у світлі прогресивних технологій, *напр.* нейропротези.

Цей короткий текст не може деталізувати наслідки відсутності реабілітації, але загальний результат може полягати в тому, що людина часто залишається з меншою функціональною здатністю та якістю життя. Це було продемонстровано в умовах громади через втрату ресурсів, витрачених на гострі та підгострі заклади. Кілька ініціатив визнали цю відмінність у можливостях після того, як пацієнтів виписали, а міжнародна експертна група виготовила простий, зручний у користуванні контрольний список, який використовував виживших після інсульту за модель⁶⁷. Цей контрольний список зараз є валідованим та визнаний корисним, тож він може використовуватися, як засіб визначення проблем для осіб з обмеженнями життєдіяльності, які живуть вдома або в інституційних умовах⁶⁸. Досвід полягає в тому, що багато людей страждають на ускладнення, яких можна запобігти, через відсутність послуг реабілітації та охорони здоров'я, в результаті вони витрачають більше ресурсів (*напр.* хірургічне втручання) для покращення ситуації або просто повторюють лікування, за допомогою яких пацієнти повинні "рухатись далі".

Описування наслідків відсутності реабілітації є важливим питанням у просуванні та обґрунтуванні висококваліфікованих послуг ФРМ.

Посилання

1. Beyer H., Beyer L., Ewert Th., Gadomski M., Gutenbrunner Chr., Krüling P., et al. Weiybuch Physikalische Medizin und Rehabilitation. Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. 2002 M 1-M 30;
2. Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. 4575 Drucksache//: Bundesdruckerei, Berlin; 2005;146.
3. Ward A.B., Chamberlain M.A. Disabled Young Adults. In Rehabilitation of the Physically Disabled Adult. 2nd Ed. Evans CD, Goodwill J, Chamberlain MA, Eds. London: Chapman & Hall; 1996.
4. Dennis M., Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? BMJ. 1994;1273–1277.
5. Brooks J.C., Shavelle R.M., Strauss D.J., Hammond F.M., Harrison-Felix C.L. Long-Term Survival After Traumatic Brain Injury Part II: Life Expectancy. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Jun;96(6):1000–5.
6. Shavelle R.M., Strauss D.J., Day S.M., Ojdana K.A. Life expectancy: In: Brain Injury Medicine: Principles and Practice. Zasler N.D., Katz D.I. & Zafonte R.D. Demos, New York; 2007. 247–261 p.
7. Rice-Oxley M., Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. Clin Rehabil. 1999;13 Suppl 1:7–24.
8. Redmond A.D., Johnstone S., Maryosh J., Templeton J. A trauma centre in the UK. Ann R Coll Surg Engl. 1993 Sep;75(5):317–20.
9. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. J Bone Joint Surg Br. 1994 Jan;76(1):3–5.
10. Kaste M., Skyhoj Olsen T., Orgogozo J., Bogousslavsky J., Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovasc Dis. 2000;1–11.
11. Anonymous. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;
12. National Clinical Guidelines for Stroke. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit. 2nd Edition. Royal College of Physicians of London; 2004.
13. Turner-Stokes L., Nyein K., Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. Clin Rehabil. 1999 Jun;13(3):253–67.
14. Livingston M.G., Brooks D.N., Bond M.R.. Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1985 Sep;48(9):876–81.
15. British Society of Rehabilitation Medicine. Working Party Report on Traumatic Brain Injury. 1998 London;
16. McLellan D.L. Rehabilitation. British Medical Journal. 1991; 355–357.
17. Bent N., Tennant A., Swift T., Posnett J., Scuffham P., Chamberlain M.A. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. Lancet Lond Engl. 2002 Oct 26;360(9342):1280–6.
18. Martin J., Meltzer H., Eliot D. Report 1 The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. London: OPCS Surveys of Disability in Great Britain; 1988.
19. WHO, World Bank. World Report on Disability. 2011.
20. United Nations. Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality. New York; 1994.
21. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York; 2006.

22. Gutenbrunner C., Ward A., Chamberlain M. The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med*. 2007 Jan;(45 Suppl).
23. Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain M.A. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine in Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2006;287–333.
24. Report of the Council of Europe. Recommendation R (92) A coherent policy for people with disabilities. Council of Europe. Strasbourg; 1992.
25. Skempes D., Stucki G., Bickenbach J. Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Jan;96(1):163–73.
26. United Nations. Convention on Human Rights. United Nations, New York; 2005.
27. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities 2005 & 2009. United Nations, New York.
28. Belgian EU Presidency. Report of the Belgian EU Presidency, adopted by the EU Council of Ministers of Health. 2010.
29. World Health Assembly Resolution. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. WHO 2002. 2002.
30. Global Disability Action Plan 2014-2021: Better health for all people with disabilities.
31. Gutenbrunner C., Negrini S., Kiekens C., Zampolini M., Nugraha B. The Global Disability Action Plan 2014-2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015 Feb;51(1):1–4.
32. Stucki G. Olle Hück Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2016 Jun 13;48(6):486–93.
33. Turner-Stokes L., McCrone P., Jackson D.M., Siegert R.J. The Needs and Provision Complexity Scale: a multicentre prospective cohort analysis of met and unmet needs and their cost implications for patients with complex neurological disability. *BMJ Open*. 2013;3(2).
34. Siegert R.J., Jackson D.M., Playford E.D., Fleminger S., Turner-Stokes L. A longitudinal, multicentre, cohort study of community rehabilitation service delivery in long-term neurological conditions. *BMJ Open*. 2014 Feb 28;4(2):e004231.
35. Ward A.B., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med*. 2010 May;42(5):417–24.
36. Ward A.B., Gutenbrunner C., Giustini A., Delarque A., Fialka-Moser V., Kiekens C., et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J Rehabil Med*. 2012 Apr;44(4):289–98.
37. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health WHO Geneva 2001. 2001.
38. Zaidi A., Burchardt T. Comparing incomes when needs differ: equalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth*; 2015.
39. Cullinan J., Gannon B., Lyons S. Estimating the extra cost of living for people with disabilities. *Health Econ*. 2011 May;20(5):582–99.
40. Braithwaite J., Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *European Journal of Disability Research*. 2009;219–232.
41. Antyn J.A., Braca F.J., Mucoz de Bustillo R. An analysis of the cost of disability across Europe using the standard of living approach. 2016;281–306.
42. European Disability Strategy 2010-2020, A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe, (2010).
43. Turner-Stokes L., Williams H., Bill A., Bassett P., Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical data set. *BMJ Open*. 2016 Feb 24;6(2):e010238.
44. Cooney M.T., Carroll B. Cost effectiveness of inpatient rehabilitation in patients with brain injury. *Clin Med Lond Engl*. 2016 Apr;16(2):109–13.
45. Oddy M., da Silva Ramos S. The clinical and cost-benefits of investing in neurobehavioural rehabilitation: a multi-centre study. *Brain Inj*. 2013;27(13–14):1500–7.
46. Busch H., Bodin L., Bergström G., Jensen I.B. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011 Aug;152(8):1727–33.
47. Evans J.R., Benore E., Banez G.A. The Cost-Effectiveness of Intensive Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Rehabilitation. *J Pediatr Psychol*. 2016 Sep;41(8):849–56.
48. Dendale P., Hansen D., Berger J., Lamotte M. Long-term cost-benefit ratio of cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *Acta Cardiol*. 2008 Aug;63(4):451–6.
49. Ehlken N., Verduyn C., Tiede H., Staehler G., Karger G., Nechwatal R., et al. Economic evaluation of exercise training in patients with pulmonary hypertension. *Lung*. 2014 Jun;192(3):359–66.
50. Bøltmann U., Sherson D., Olsen J., Hansen C.L., Lund T., Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2009 Mar;19(1):81–93.
51. Sahota O., Pulikottil-Jacob R., Marshall F., Montgomery A., Tan W., Sach T. Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with the cost-effectiveness and clinical effectiveness of an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the Community In-reach Rehabilitation And Care Transition (CIRACT) study. *Health Services and Delivery Research*; 2016.
52. Theodore B.R., Mayer T.G., Gatchel R.J. Cost-effectiveness of early versus delayed functional restoration for chronic disabling occupational musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2015 Jun;25(2):303–15.
53. Lord R.K., Mayhew C.R., Korupolu R., Manthey E.C., Friedman M.A., Palmer J.B., et al. ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Crit Care Med*. 2013 Mar;41(3):717–24.
54. Jones E., Pike J., Marshall T., Ye X. Quantifying the relationship between increased disability and health care resource utilization, quality of life, work productivity, health care costs in patients with multiple sclerosis in the US. *BMC Health Serv Res*; 2016.
55. Laires P.A., Gouveia M., Canhro H., Branco J.C. The economic impact of early retirement attributed to rheumatic diseases: results from a nationwide population-based epidemiologic study. *Public Health*. 2016 Nov;140:151–62.
56. Lundström E., Smits A., Borg J., Teränt A. Four-fold increase in direct costs of stroke survivors with spasticity compared with stroke survivors without spasticity: the first year after the event. *Stroke*. 2010 Feb;41(2):319–24.

57. Verplancke D., Snape S., Salisbury C.F., Jones P.W., Ward A.B. A randomized controlled trial of botulinum toxin on lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin. Rehabil.* 2005 Mar;19(2):117–25.
58. Fjaertoft H., Indredavik B., Magnussen J., Johnsen R. Early supported discharge for stroke patients improves clinical outcome. Does it also reduce use of health services and costs? One-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cerebrovasc Dis. Basel. Switz.* 2005;19(6):376–83.
59. Fadyl J.K., McPherson K.M., Schleter P.J., Turner-Stokes L. Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available measures. *Disability & Rehabilitation.* 2010;
60. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 2000 Nov 9;9(20):2155–62.
61. Grahn B.E.M., Borgquist L.A., Ekdahl C.S. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J. Technol. Assess. Health. Care.* 2004;20(2):214–21.
62. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions – a misguided enterprise? *Clin Rehabil.* 2005 Jan;19(1):1–3.
63. Quintard B., Croze P., Mazaux J.M., Rouxel L., Joseph P.A., Richer E., et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readaptation Med. Phys. Rev. Sci. Soc. Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med. Phys.* 2002 Nov;45(8):456–65.
64. McLellan D.L. Targets for Rehabilitation. *British Medical Journal.* 1985;1514.
65. Nybo T., Sainio M., Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe pre-school brain injury. *Journal of International Psychological Society.* 2004;719–23.
66. Association of British Neurologists, NeuroConcern Group of Medical Charities, British Society of Rehabilitation Medicine. *Neurological Rehabilitation in the United Kingdom.* 1992.
67. Philp I., Brainin M., Walker M.F., Ward A.B., Gillard P., Shields A.L., et al. Development of a Post-stroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *Journal of Stroke & Cardiovascular Diseases.* 2013;e173–80.
68. Ward A.B., Chen C., Norrving B., Gillard P., Walker M.F., Blackburn S., et al. Evaluation of the Post Stroke Checklist: a pilot study in the United Kingdom and Singapore. *Int. J. Stroke Off J. Int. Stroke Soc.* 2014 Oct;9 Suppl A100:76–84.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Anthony B Ward, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Charlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Pedro Cantista, Charlotte Kiekens, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Karol Hornacek, Aydan Oral, Lloyd Bradley, Rory O'Connor, Christoph Gutenbrunner, Andrew J. Haig, Geraldine Jacquemin, Vera Neumann, Peter Takac.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Розділ 3 – Первинна медична спеціальність: основи ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

В контексті Білої книги фізичної і реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі, цей документ присвячений основним концепціям в основі спеціальності ФРМ. Це невідмінні складові, які роблять ФРМ первинною медичною спеціальністю, яка відрізняється від усіх інших медичних спеціальностей, а лікаря ФРМ – первинним медичним спеціалістом серед фахівців реабілітації. Основні поняття, які будуть розглянуті в цій главі, включають:

- ФРМ є спеціальністю, орієнтованою на персону / функціонування, що робить цю спеціальність відмінною від медичних спеціальностей, орієнтованих на орган / хворобу, або лікування / вік;
- Лікарі ФРМ мають медичні обов'язки, як і всі інші медичні спеціалісти, але з додатковою специфікою проведення функціонального оцінювання;
- Як і інші спеціалісти, лікарі ФРМ забезпечують безпосереднє лікування, але вони також очолюють мульти-професійні реабілітаційні команди, які працюють спільно з іншими фахівцями та медичними спеціалістами;
- Завдяки підходу, орієнтованому на функцію, ФРМ використовує мультимодальний підхід, що охоплює широкий спектр інструментів втручання (часто надаються іншими фахівцями з реабілітації) і займається менеджментом усіх захворювань людини (станів здоров'я), оскільки вона фокусується на зменшенні ступеню порушень і обмежень активності, щоб максимально розширити можливу участь пацієнтів;
- Оскільки ФРМ ґрунтує свою роботу на функціонуванні, вона має трансверзальну роль для інших спеціальностей: вона перекриває кілька з них, розділяючи частину їх знань, але вона також повністю незалежна від усіх з них, оскільки вона заснована на іншому окремому обсязі знань, який також є трансверзальним до інших спеціальностей;
- ФРМ зосереджена на персоні, а ні на хворобах, ні на закладах; фактично, ФРМ не тільки є трансверзальною до спеціальностей, але і до закладів, де надається допомога, та лікарі ФРМ повинні знати ці різні реальності: особи з обмеженнями життєдіяльності та з довготривалими станами здоров'я фактично переміщуються всередині національних систем охорони здоров'я між різними закладами для здобуття найкращого можливого функціонування та участі через відповідний процес реабілітації.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 3. A primary medical specialty: the fundamentals of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):177-185.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 3. Первинна медична спеціальність: основи ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 61-69.

Ключові слова: Фізична та Реабілітаційна Медицина, Європа, діагноз, особа, команда що надає допомогу пацієнту.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеці-

альністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Ця глава є новою у контексті Білих книг, вироблених дотепер, і була введена для того, щоб краще зосередити увагу на базових концепціях в ос-

нові спеціальності ФРМ. Насправді це суттєві складові, які роблять:

- ФРМ первинною медичною спеціальністю, відмінною від усіх інших медичних спеціальностей;
- лікаря ФРМ – первинним медичним спеціалістом серед фахівців реабілітації.

Базові концепції, які будуть обговорюватись в цій главі, включають:

- ФРМ є спеціальністю, орієнтованою на персону / функціонування, що робить цю спеціальність відмінною від медичних спеціальностей, орієнтованих на орган / хворобу, або лікування / вік;
- Лікарі ФРМ мають медичні обов'язки, як і всі інші медичні спеціалісти, але з додатковою специфікою проведення функціонального оцінювання;
- Як і інші спеціалісти, лікарі ФРМ забезпечують безпосереднє лікування, але вони також очолюють мульти-професійні реабілітаційні команди, які працюють спільно з іншими фахівцями та медичними спеціалістами;
- Завдяки підходу, орієнтованому на функцію, ФРМ використовує мультимодальний підхід, що охоплює широкий спектр інструментів втручання (часто надаються іншими фахівцями з реабілітації) і займається менеджментом усіх захворювань людини (станів здоров'я), оскільки вона фокусується на зменшенні ступеню порушень і обмежень активності, щоб максимально розширити можливу участь пацієнтів;
- Оскільки ФРМ ґрунтує свою роботу на функціонуванні, вона має трансверзальну роль для інших спеціальностей: вона перекриває кілька з них, розділяючи частину їх знань, але вона також повністю незалежна від усіх з них, оскільки вона заснована на іншому окремому обсязі знань, який також є трансверзальним до інших спеціальностей;
- ФРМ зосереджена на персоні, а ні на хворобах, ні на закладах; фактично, ФРМ не тільки є трансверзальною до спеціальностей, але і до закладів, де надається допомога, та лікарі ФРМ повинні знати ці різні реальності: особи з обмеженнями життєдіяльності та з довготривалими станами здоров'я фактично переміщуються всередині національних систем охорони здоров'я між різними закладами для здобуття найкращого можливого функціонування та участі через відповідний процес реабілітації.

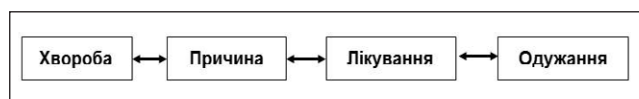
Мета цієї глави – детально обговорити всі центральні принципи медичної спеціальності ФРМ, що роблять її унікальною, специфічною і важливою в сучасній тенденції охорони здоров'я, яка включає гострі і довготривалі стани здоров'я, характеризується збільшенням обмежень життєдіяльності,

внаслідок поліпшення виживання і прогресуючого старіння в популяціях.

Підхід ФРМ, орієнтований на особу / функціонування порівняно з підходом, орієнтованим на хворобу

Після перших розтинів і розуміння анатомії та фізіології, наука в сучасній медицині прогресувала, глибоко вкорінюючись у знанні структур і функцій організму: ці жорсткі відносини з фізичною людиною дозволили подолати майже магичні традиції, які в усній формі передавалися від майстрів послідовникам, які керували офіційною медициною з самого початку історії. Отже, медицина була організована, головним чином, навколо дисциплін, що мали в центрі уваги структури/функції організму, такі, як серце (кардіологія), легені (пневмологія), суглоби, кістки і м'язи (ортопедія), мозкові і нервово-м'язові функції (неврологія), очі (офтальмологія). Існує кілька винятків із цього загального правила, з областями, які можна вважати “трансверзальними” для попередніх “вертикальних” – так, як загальна медицина, педіатрія та геріатрія. Цей підхід, що ґрунтується на органах, призвів до класичної “біомедичної моделі” лікування, де пошук етіології та патологічної анатомії/фізіології захворювання вважається шляхом до вибору ефективного лікування, усунення причини хвороби та вилікування пацієнта (Малюнок 1). Лікарі виростають з урахуванням цієї моделі: насправді, після основних предметів перших років навчання, «патологічна анатомія» є одним з перших предметів, які знайомлять студентів-медиків з клінічним світом.

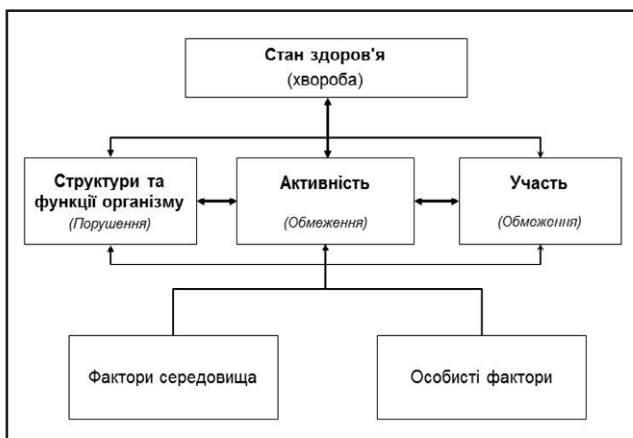
ФРМ народилась інакше, та не навколо конкретної структури / функції організму: насправді прогрес Медицини та Хірургії дозволив все більше і більше виживати гострим пацієнтам (напр. після важких порушень внаслідок нещасних випадків, воєнних травм та/або інфекційних хвороб – як поліомієліт), і це вимагало особливої уваги до цих наслідків. Отже, увага ФРМ з самого початку стосувалась досягнення найкращого можливого “функціонування” при довготривалому стані здоров'я. Відразу було цілком зрозуміло, що класична біомедична модель не може бути застосована в



Малюнок 1. Підхід, що базується на органах, класичної «біомедичної моделі» в медицині



Малюнок 2. Модель Міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКП)¹



Малюнок 3. Модель Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)².

ФРМ, але пройшли десятиліття, перш ніж ця концепція функціонування стала повністю зрозумілою. Прорив стався після прийняття Міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКП)¹ (Малюнок 2), а слідом за цим – Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)² (Малюнок 3). У той же час було розроблена «біо-психо-соціальна модель» лікування^{3,4}, де терапія спрямована на допомогу особі. Фактично, з самого початку було ясно, що ядром ФРМ є не тільки структура/функція організму, але особа та людська істота в цілому, включаючи його психологію і мотивацію (звані сьогодні «особистими факторами») і соціальне середовище (звані сьогодні «участь» і «фактори середовища»).

Фактична довідкова система спеціальності, МКФ, включає всі ці аспекти (Малюнок 3). Цікаво подивитися на цю схему і зрозуміти, де знаходиться наша спеціальність «що ґрунтується на функціонуванні», з її широким підходом до особи, у порівнянні з класичними спеціальностями, «що ґрунтуються на органах», з їх підходами, що орієнтуються на хворобу. Відповідно до «біомедичної моделі», останні зосереджені головним чином на захворюванні, а також на структурах та функціях організму (Малюнок 4). Натомість ФРМ зосереджується в цілому на функціонуванні та обмеженні життєдіяльності (що насправді є всією особою);



Малюнок 4. Відповідно до «біомедичної моделі», класичні медичні спеціальності, що «ґрунтуються на органах» переважно приділяють увагу хворобі, так же, як структурам та функціям організму.



Малюнок 5. Спеціальність ФРМ, яка «ґрунтується на функціонуванні» переважно приділяє увагу на функціонуванні обмеженням життєдіяльності (фактично це є ціла особа); клінічна робота фізичної та реабілітаційної медицини спеціфічно зосереджується на зменшенні «обмежень активності» та поліпшенні «порушень», в той же час звертаючись до «обмежень участі» на мікро-рівні (персона), в той же час звернення до мезо- та макрорівнів також є можливим з експертною допомогою лікарів ФРМ тим, хто працює над суспільством в цілому, включаючи освітян, політиків та інших людей, що ухвалюють рішення. Для того, щоб це робити, лікарю необхідно ФРМ відмінно знати медичний діагноз («стан здоров'я» або «хворобу») та міцно координуватись з «контекстуальними факторами» («особисті» та «середовища»). Кінцевою ціллю є максимально можлива «участь» для особи.

клінічна робота ФРМ (Малюнок 5) спеціально фокусується на зменшенні «обмежень активності» та поліпшенні наслідків «порушень», водночас розглядаючи також «обмеження участі» на мікрорівні (персональному), водночас розглядаючи мезо- та макрорівні за експертною допомогою лікарів ФРМ тим, хто працює на суспільстві в цілому, включа-

ючи освітян, політиків та інших осіб, що схвалюють рішення. При цьому лікар ФРМ обов'язково повинен знати медичний діагноз («стан здоров'я» і «хворобу») і щільно взаємодіяти з «контекстуальними факторами» («особистим» і «середовищним»). Кінцевою метою для людини є її максимально можлива «участь».

Нижчезазначені позиції в цілому, відрізняють пацієнт-орієнтований підхід ФРМ від орієнтованого на хворобу у спеціальностей, що ґрунтуються на органній патології:

- комплексний біо-психосоціальний підхід до станів здоров'я для врахування усіх аспектів функціонування;
- практичний медичний підхід до порушень та обмежень активності, з основною і кінцевою ціллю – позитивному впливі і, нарешті, поліпшенні участі;
- врахування контекстуальних факторів пацієнтів при плануванні реабілітаційних програм; в термінології МКФ вони слугують «сприятливими чинниками» та/або «бар'єрами» для досягнення найкращого функціонування: психологічні, когнітивні, мотиваційні та економічні індивідуальні чинники, а також фактори середовища (включаючи доглядачів, географічне розташування, законодавство, загальний економічний рівень країни...) мають вирішальне значення для результату;
- забезпечення фокусу на оптимальній участі пацієнта є високо очікуваною реабілітаційною метою пацієнтів, і, по суті, її кінцевим результатом;
- основний стан здоров'я – це контекст програми ФРМ. Надання послуг для тих, хто має швидко прогресуючу хворобу, може сильно відрізнитись від послуг для тих, хто має хронічний, повільно прогресуючий стан. Знання діагнозу дозволяє лікарю ФРМ забезпечити оптимальне лікування, передбачати потенційні ускладнення та супутні стани, сповільнювати погіршення (де доречно) та складати прогноз, який може включати обговорення про кінець життя;
- втручання ФРМ є різними в усьому світі, відповідно до існуючих контекстових факторів та рівня участі, який є необхідним та дозволеним в кожному конкретному суспільстві^{5,6}.

Інше слово, що широко використовується відносно до ФРМ, є «холізм», для ствердження про те, що ФРМ зосереджена на всій людині. Це слово ідеально підкреслює спеціальність, що орієнтована на «функціонування» та «обмеження життєдіяльності» (які за визначенням є «холістичними»). У цьому контексті значення терміну «холізм» повністю відрізняється від значення в альтернатив-

них / додаткових практиках, і воно не використовується для обґрунтування науково недоведених методів лікування: ФРМ насправді є первинною медичною спеціальністю, заснованою виключно на доказах.

Зважаючи на теперішні характеристики ФРМ, як спеціальності з трансверзальним знанням (орієнтованої на особу), але які можуть бути вертикально застосовані всередині інших спеціальностей (орієнтованих на хвороби) існує багато можливих варіантів клінічних підходів. Ми могли б розглянути їх з огляду на дві можливі крайнощі:

- «загальний лікар ФРМ» (за аналогією з «лікарем загальної практики»), який повинен мати дуже добрі знання усіх станів здоров'я, що потребують підходу ФРМ; він / вона повинні бути здатними вести пацієнтів з усіма патологіями. Ця модель в основному поширена в гострих відділеннях та в підгострій стаціонарній практиці у загальних відділеннях ФРМ (первинна реабілітаційна допомога). Перевагою в цьому випадку буде можливість менеджменту в якості єдиного медичного спеціаліста з мульти-професійною командою, що працює спільно з іншими дисциплінами, практично усіх пацієнтів, та можливість виконувати сортування, для скерування найбільш складних пацієнтів до вторинної / третинної допомоги; недоліком є можлива втрата специфічності (великий час для лікування захворювання і недостатній час для зосередження на реабілітації) та втрата глибоких знань в специфічних областях.
- і «спеціалізований лікар ФРМ»: у цьому випадку клініцист стає високим спеціалістом також і в основній «органній» спеціальності, втрачаючи певні загальні компетентності та зосереджуючись головним чином на медичній діагностиці, обстеженні, лікуванні та реабілітації хворих на специфічні захворювання. Це найчастіше розповсюджується на третинні відділення ФРМ, підгострі відділення ФРМ наукових та університетських закладів, але також в деяких амбулаторних закладах. Перевагою в даному випадку є висока специфічність роботи, легкість контактів з «органными» спеціалістами (в найбільш поширених випадках іноді навіть можливо знизити їх конкретний вплив), глибокі специфічні знання; недоліком є зосередженість на певних знаннях, які дуже нагадують знання «органных» фахівців.

Між цими двома крайнощами сьогодні в практиці ФРМ існують всі можливості, і фахівці ФРМ проходять підготовку як для цих крайнощів, так і для всіх інших клінічних ситуацій.

Діагностичні обов'язки лікарів ФРМ

Як зазначалося вище, в контексті МКФ реабілітація – це стратегія охорони здоров'я, яка спрямована на уможливлення осіб з обмеженнями життєдіяльності досягти оптимального функціонування в процесі взаємодії з їх середовищем⁷. Ця первинна функція досягається за рахунок самого процесу реабілітації, але, по-перше, вона базується на специфічному медичному діагнозі. Це надає “межі” втручанням ФРМ, визначаючи медичний прогноз і, відповідно, багато очікувань пацієнта з медичної перспективи. Ця перспектива забезпечує стабільну основу, навколо якої можуть бути розроблені всі інші компоненти програми ФРМ. Фактично, медичний діагноз прогнозує ряд можливих залишкових порушень, обмежень активності та, також (меншою мірою) обмежень можливості участі. Те, що медичний діагноз не визначає – це рівень цих порушень, внутрішніх та зовнішніх обмежень: фактично вони будуть результатом процесу реабілітації разом з особистими факторами і факторами середовища.

Без точного медичного діагнозу неможливо розпочати та належним чином планувати програму ФРМ, як дуже короткочасну, короткочасну, так і довготривалу. Медичний діагноз визначає також стиль спілкування з пацієнтом та домовленості щодо досягнення досяжних цілей. На початку процесу реабілітації пацієнтові та його/її родині / надавачам допомоги необхідно прийняти його новий “статус”. Потім він буде взаємодіяти з його чи її особистими факторами та факторами середовища, для встановлення та визначення результатів реабілітаційного процесу.

Отже, лікарі ФРМ мають велику медичну діагностичну відповідальність. У деяких клінічних ситуаціях, зазвичай, коли погіршення стану пацієнта є м'яким (*напр.* після “консервативного” лікування в ортопедичній та / або спортивній медицині), лікар ФРМ є першим медичним працівником, який стежить за пацієнтом і встановлює діагноз. У цих випадках лікар ФРМ грає первинну роль в оцінюванні пацієнтів для можливих альтернативних методів лікування та/або скерування для більш специфічної діагностики іншими спеціалістами. В інших клінічних ситуаціях, зазвичай, у відділеннях підгострої допомоги, лікарі ФРМ викликаються після долучення інших спеціалістів. У таких ситуаціях роль лікаря ФРМ полягає у перевірці та підтвердженні первинного медичного діагнозу пацієнта та виявленні у нього будь-яких супутніх захворювань та вже відомих порушень та обмежень активності. Інші медичні спеціалісти іноді почувають себе незручно при їх оцінюванні,

оскільки це знаходиться “за межами їх компетенцій, специфічних для спеціальності”. Подальше спостереження пацієнта в середньо- та довгостроковій перспективі іноді дозволяє уточнити медичний діагноз, коли перебіг захворювання не відповідає його звичайному очікуваному патерну. Виняток із цього загального правила полягає в тому, що іноді неможливо одразу ж встановити достовірний діагноз і лікування може бути запропоновано для того, щоб з'ясувати це далі (діагноз «ex adjuvantibus»).

Крім загального медичного діагнозу, лікар ФРМ несе особливу відповідальність за функціональне оцінювання пацієнтів перед початком процесу ФРМ. Це насамперед спрямовано на визначення порушень та обмежень активності, вимірювання їх рівня та, відповідно, визначення цілей програми ФРМ для досягнення найкращої індивідуальної участі. Крім того, лікарі ФРМ мають компетентності з виявлення значення захворювання або обмеження життєдіяльності для окремого пацієнта, впливу цього на їх почуття персональної ідентичності і виникаючої в результаті емоційної реакції. Частини функціонального оцінювання також можуть бути зроблені іншими фахівцями з реабілітації, але важливо, що лікарі ФРМ виконують її для всіх доменів структур/функцій організму та активностей, тоді як інші зосереджуються лише на їх специфічних компетентностях. Лікарі ФРМ підтримують, таким чином, більш широку перспективу, яка дозволяє визначити у співпраці з іншими фахівцями реабілітації пріоритети і тимчасові терміни для різних втручань. Крім того, функціональне оцінювання – це часткове перекриття компетентностей різних фахівців з реабілітації, що є загальним тлом для діалогу, взаємодії та побудови команди. Проте, також у командній перспективі, відповідальність за функціональне оцінювання, зрештою, лежить на плечах лікарів ФРМ.

У цій функціональній перспективі існують деякі діагностичні інструменти, що є специфічними для ФРМ і широко розроблені в рамках спеціальності, *напр.* опитувальники з обмежень життєдіяльності та якості життя, а також системи аналізу руху, електродіагностичні та ультразвукові інструменти тощо.

Крім того, лікарі ФРМ були першими, хто визнав важливість МКФ для подальшого розвитку реабілітації, кращого інформування в системі охорони здоров'я та стимулювання досліджень з загальною метою досягнення оптимального функціонування та мінімізації обмежень життєдіяльності як осіб, так і загальних аспектів охорони здоров'я⁸⁻¹⁰.

Мультимодальний підхід ФРМ і менеджмент множинних хвороб

ФРМ охоплює широкий спектр розладів і включає наслідки травм, хірургічних втручань, захворювань та вроджених станів. Це різко відрізняється від/з інших медичних спеціальностей, що займаються лікуванням органів або систем органів (напр. кардіологія, нефрологія, дерматологія), специфічних вікових груп (напр. педіатрія, геріатрія), або які застосовують певний навичок або технічне обладнання (напр. хірургія, радіологія, радіотерапія).

Тому ФРМ зазвичай розглядається як “горизонтальна спеціальність”. Більш того, ФРМ не зосереджена первинно, на профілактиці або лікуванні хвороби, як такої, але зосереджена на її наслідках з точки зору обмежень активності та обмежень можливості участі. Запобігання та зменшення обмежень активності та оптимізація участі є ядром ФРМ.

Як наслідок, ФРМ прийняла пацієнто-центричний підхід, який також охоплює персональні характеристики пацієнта. Наслідком цього “холістичного” підходу є те, що лікарі ФРМ не працюють окремо, однак вони потребують залучення великої кількості інших фахівців охорони здоров’я. Вони працюють спільно в мульти-професійній команді, яку очолює лікар ФРМ, до складу якої входить пацієнт та / або надавачі допомоги йому / їй.

Діагностика, оцінювання, лікування, навчання, тренування, коучинг і підтримка цього широкого кола пацієнтів за допомогою великої мульти-професійної команди і гострій, підгострій і хронічній фазі вимагають високовартісних і добре обладнаних закладів. Зазвичай відділення ФРМ надає засоби (та персонал), в тому числі: електроміографії, ультразвукової діагностики, динамометрії, аналізу ходи, нейропсихологічного тестування, гімнастичного залу, кімнат для ерготерапії, басейну, апаратної фізіотерапії тощо.

Широкий спектр пацієнтів, зосередженість на порушеннях, обмеженнях активності та обмеженнях можливості участі, увага до особистих факторів та факторів середовища, мульти-професійна команда, необхідність в обладнанні та інших засобах робить ФРМ складною, мультимодальною та всеосяжною спеціальністю.

Кожен пацієнт, зазвичай, отримує широкий спектр втручань, що надаються широким колом фахівців охорони здоров’я. Це може включати, зокрема, втручання з фізичними вправами, ерготерапію, терапію мови, нейропсихологічні втручання, поведінкову терапію, фізичну терапію, мануальні втручання. Кожен пацієнт отримує

унікальний, повністю мультимодальний та індивідуальний терапевтичний підхід, згідно до його хвороби, порушень, обмежень активності, обмежень можливості участі, факторів середовища та особистих факторів.

Старіння населення відіграє величезний вплив на надання послуг, а також на людей з обмеженнями життєдіяльності: це навпаки впливає на спеціальність та втручання ФРМ. Рідко пацієнти після певного віку мають тільки одну хворобу; рідко на основну хворобу, на яку спрямоване втручання ФРМ, не впливають інші важливі захворювання. «Синдемічна» концептуальна модель¹¹, яка нещодавно розроблена, добре пасує до підходу ФРМ щодо супутньої патології. Фактично, вона підкреслює синергетичну роль хвороб та (соціальний) контекст у впливі на клінічний перебіг і сильно залежить від біосоціальної концепції здоров’я.

Тому втручання повинні постійно адаптуватися, задля більшої індивідуалізації підходів. Холістичний підхід ФРМ фокусується на людині в цілому, з метою поліпшення його або її активності та збільшення його або її участі, немінуче враховуючи всі супутні захворювання, що впливають на втручання і результати.

Більш того, супутні захворювання зазвичай не оцінюються скерованими спеціалістами, у випадках, якщо пацієнти переводяться з гострих відділень, і вони часто вимагають діагностичної оцінки лікарями ФРМ при надходженні до підгострих відділень. Супутні захворювання сильно впливають на тягар допомоги та на фінальні результати: наразі розробляються специфічні шкали, які дозволяють краще зрозуміти, вивчити та клінічно керувати їх впливом в процесі ФРМ.

Мульти-професійна команда ФРМ, очолювана лікарем ФРМ

Лікарі ФРМ надають втручання двома різними способами: як і у багатьох інших спеціальностях, вони роблять це особисто, використовуючи спеціальні техніки (напр. інтервенційну ФРМ, ін’єкції, маніпуляції “*manu medica*” тощо); натомість, досить специфічний для ФРМ спосіб – це проведення терапії за допомогою командної роботи. Останнє особливо вірно, коли відбувається процес реабілітації з включенням інших фахівців реабілітації не лікарських спеціальностей.

Досягнення успішної реабілітації потребує численних фахівців охорони здоров’я з широким спектром клінічних навичок та досвіду. Вони повинні працювати разом гармонійно, але також ефективно, як команда, задля досягнення цілей реабілітації для пацієнтів та їх родин. Цей стиль мульти-про-

фесійної командної роботи, відрізняє ФРМ від багатьох інших спеціальностей. Об'єднана групова активність ефективної команди повинна забезпечувати синергію і призводити до кращих результатів, ніж сума результатів роботи кожної окремої людини, що працює поодиноці¹²⁻¹⁴.

Навіть якщо природа цих команд є мульти-професійною, терміни, що використовуються в літературі з медицини та менеджменту, можуть викликати заплутаність, оскільки існують різні командні підходи або моделі, що визначаються залежно від взаємодії між членами команди. Отже, способи, в яких працює мульти-професійна команда, були визначені різними моделями: мульти-, між- та трансдисциплінарними з різними значеннями. Мульти-дисциплінарна командна модель використовує навички людей з різних дисциплін, проте кожна дисципліна все ж підходить до пацієнта з його власної точки зору, і зазвичай лікар спілкується з іншими професіоналами команди. Модель міждисциплінарної команди об'єднує підхід різних дисциплін з високим рівнем співпраці та спілкування між професіоналами команди, що використовують узгоджену та спільну стратегію; керівництво команди залишається в руках одного лікаря ФРМ. У моделі трансдисциплінарної команди межі професійної практики розмиті, і будь-який фахівець здатний працювати в будь-якій конкретній ролі команди^{15,16}.

Між-дисциплінарний підхід у мульти-професійній команді є бажаною моделлю роботи команди. Проте, навіть якщо це не є найбільш доречною відповіддю на потреби пацієнта, та не забезпечує хорошу програму реабілітації, інші моделі можна також знайти в різних реабілітаційних закладах, таких як мульти-дисциплінарний підхід у відділенні гострої допомоги або транс-дисциплінарний підхід у випадках довгострокової допомоги в громаді для пацієнтів з освітніми потребами. У більшості закладів між-дисциплінарна модель є найефективнішою, оскільки це дозволяє застосовувати спільний, холістичний і пацієнт-центричний підхід до реабілітації¹⁷. Зважаючи на усі ці причини в цій книзі ми вважаємо за краще термін «спільний», що відноситься до командної роботи, оскільки різні моделі можуть застосовуватися ефективно в різних закладах. Команда ФРМ під відповідальністю лікаря ФРМ, повинна узгодити і встановити реалістичні цілі разом з пацієнтами та їх родинами, а потім спільно працювати над досягненням цих цілей з використанням спільної стратегії. Найчастіше це можна зробити спільними сесіями, які можуть допомогти уникнути надмірної стимуляції, втоми або повторень.

Докази свідчать, що завдяки мульти-професійній спільній командній роботі може бути досягнуто поліпшення функціональних результатів і навіть більш висока виживаність при багатьох станах, зокрема, при інсульті, черепно-мозковій травмі, переломах стегна, легеневої реабілітації і болю в спині¹⁷⁻¹⁹.

Інтерпретація та засоби отримання гарного спільного підходу для мульти-професійної команди відрізняються залежно від закладів. У відділенні ФРМ (у лікарнях гострої та підгострої допомоги) всі фахівці працюють разом в одному підрозділі під відповідальністю лікаря ФРМ. Оберт пацієнтів відносно низький, час реабілітації досить тривалий, а відповідь пацієнтів на втручання досить швидка. Всі ці фактори відіграють важливу роль у визначенні підходу до управління командою, який вважається «класичним» у ФРМ, оскільки є найбільш вивченим.

У гострій лікарні з центральним відділенням ФРМ мульти-професійна команда відділення ФРМ відповідає за всі питання реабілітації у гострому шпиталі. Мульти-професійна команда ФРМ діє в ролі консультантів для всіх відділень. Мульти-професійна команда складається з лікарів ФРМ і фахівців реабілітації під керівництвом лікаря ФРМ. Мульти-професійна команда співпрацює з іншими спеціалістами в інших відділеннях, де б вони не були потрібні.

Також, амбулаторні заклади повинні забезпечувати мульти-професійні команди, що працюють спільно з іншими фахівцями, під керівництвом лікаря ФРМ. Проте, команди можуть бути неповними або іноді здаватися, що і не існують, особливо коли лікар ФРМ і фахівці реабілітації, які забезпечують втручання, навіть не працюють в одному і тому ж місці спільної роботи. Команди можуть працювати без фізичної присутності одного або декількох фахівців реабілітації, але завжди під відповідальністю лікаря ФРМ. Інші специфічні характеристики цих закладів включають величезну кількість пацієнтів, швидкий оберт, короткий час для оцінювання і втручання (декілька сеансів) і швидка реакція на втручання. Очевидно, що в цих випадках зростають труднощі в командному підході, а менеджмент пацієнтів заснований на протоколах та/або простих призначеннях: у разі винятків з протоколів, розбіжностей та/або особливих клінічних випадках необхідні безпосередні письмові та/або усні контакти між фахівцями. Можливо також планування нарад команди, хоча і з меншою частотою. Дуже близькою до цього формату є ситуація з так званою «післяреабілітацією» та/або підтримка активності у хронічних пацієнтів. Іноді стверджується, що ці заклади не є клінічними і знаходять-

ся поза сферою діяльності реабілітаційної команди, але менеджмент цих складних пацієнтів зазвичай є утрудненим, і вони періодично вимагають класичних реабілітаційних втручань: отже, в цих випадках командний підхід є більш доцільним, навіть якщо застосовуються більш легкі стратегії.

Іншою ситуацією для управління командною роботою є заклади ФРМ довготривалої допомоги, де оберт пацієнтів і клінічні зміни їх стану відбуваються дуже повільно, а реабілітаційні втручання скорочені. У цих випадках командні зустрічі все ще можливі, але з дуже низькою частотою.

Успішна робота реабілітаційної команди вимагає певних особливостей, навіть якщо не всі вони можливі в різних зазначених установах:

- менеджмент і лідерство: лікарі ФРМ є клінічними менеджерами і повинні бути хорошими лідерами реабілітаційної команди: додатково, вони повинні бути здатні керувати групами фахівців, розв'язувати проблеми, сприяти дискусії, приймати рішення і слухати;
- ієрархія: навіть при відсутності прямих ієрархічних відносин (що неможливо при роботі на різних підрозділах), у всіх системах охорони здоров'я має бути особа, яка в кінцевому підсумку несе відповідальність за пацієнтів, і за прийняття клінічних рішень: це лікар, зазвичай лікарі ФРМ, що знаходяться в відносинах функціональної ієрархії;
- час: відповідний час має бути присвячений заходам з побудови команди, яке може варіюватися в залежності від підрозділу. Оскільки реабілітація неможлива без команди, це правильно виділений робочий час, який і не тільки покращує стандарти клінічної роботи, але і дійсно дозволяє команді функціонувати;
- повага до ролей і професій: всі члени команди мають різні компетентності, які повинні бути визнані всіма іншими; ролі є різними, і існує ієрархія з лідерством лікаря ФРМ, яку необхідно поважати;
- персональні фактори: команди функціонують, якщо люди роблять їх функціонуючими. Є чітко персональні фактори, такі як готовність до змін, здатність співпрацювати, навчання командній роботі, достатній баланс внутрішніх сил, щоб прийняти, що ваша власна робота може обговорюватися і іноді оскаржуватися, а також уміння слухати і давати висловитися іншим. Цім факторам можливо лише частково навчитись, але вони необхідні для здійснення реабілітаційної практики всіма фахівцями;
- фактори середовища: загальні ставлення на робочому місці (всередині реабілітаційного відділення і поза ним, включно з адміністратив-

ним управлінням) відіграють важливу роль у сприянні або перешкоджанні командній роботі; лікарі ФРМ мають важливу роль в сприянні ставлень середовища. Більш того, специфічні інструменти і засоби комунікації повинні розроблятися відповідно до підрозділу.

Посилання

1. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. 1980. 207 p.
2. World Health Organization. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2014 Aug 19]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
3. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
4. Engel G.L. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978 Jun 21;310:169–87.
5. Negrini S., Frontera W.R. The Euro-American rehabilitation focus: a cultural bridge across the ocean. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2008 Jul;87(7):590–1.
6. Negrini S., Frontera W. The Euro-American Rehabilitation Focus: a cultural bridge across the ocean. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2008 Jun;44(2):109–10.
7. Stucki G., Cieza A., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):279–85.
8. Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2005 Oct;84(10):733–40.
9. Stucki G., Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med.* 2004 Jul;(44 Suppl):5–6.
10. Stucki G., Usten T.B., Melvin J. Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil.* 2005 Apr 8;27(7–8):349–52.
11. The Lancet null. Syndemics: health in context. *Lancet Lond Engl.* 2017 Mar 4;389(10072):881.
12. Joel A. Delisa and contributors. *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice*. section 3. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins; Volume 1; 2005.
13. Bokhour B.G. Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *J. Interprof. Care.* 2006 Aug;20(4):349–63.
14. Behm J., Gray N. Chapter 5: Interdisciplinary Rehabilitation Teams. In *Rehabilitation nursing: a contemporary approach to practice*. Jones & Bartlett Learning 2012. USA; 2012.
15. Kurner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil.* 2010 Aug;24(8):745–55.
16. Norrefalk J.-R. How do we define multidisciplinary rehabilitation? *J. Rehabil. Med.* 2003 Mar;35(2):100–1.
17. Neumann V., Gutenbrunner C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela E., Giustini A., et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J. Rehabil. Med.* 2010 Jan;42(1):4–8.
18. Momsen A.-M., Rasmussen J.O., Nielsen C.V., Iversen M.D., Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med.* 2012 Nov;44(11):901–12.
19. Semlyen J.K., Summers S.J., Barnes M.P. Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1998 Jun;79(6):678–83.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^т видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Stefano Negrini, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini.
- Учасники: Gordana Deveierski, Calogero Foti, Stefano Negrini, Rajiv K Singh, Henk J. Stam, Carlotte Kiekens, Ayse A. Kucukdeveci, Eugenia Rosulescu, Марна Amparo Martinez Assucena, Nino Basaglia, Catarina Aguiar Branco, Andrew J. Haig, Alvydas Juocevicius, Renato Nunes, Dominic Perennou, Nicola Smania, Gerold Stucki, Luigi Tesio, Aivars Vetra.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Розділ 4 – Історія спеціальності: звідки походить ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

В контексті Білої книги фізичної і реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі, цей розділ присвячений історії медичної спеціальності ФРМ. Спеціальність еволюціонувала в різних європейських країнах, а іноді також і в окремих країнах, з різних медичних напрямків, які, врешті-решт, об'єдналися. До них належать: бальнеологія, гімнастика, використання фізичних агентів (вода, тепло, холод, масаж, маніпуляції з суглобами, фізичні вправи тощо). Ще одну важливу роль зіграв факт збільшення кількості людей, які зазнали або можуть зазнати обмежень життєдіяльності завдяки поліпшенню медицини, що, як наслідок, призвело до підвищення виживаності під час війн, нещасних випадків і/або великих інфекційних епідемій (таких як поліомієліт); ця еволюція відбувалась в прямому взаємозв'язку з розвитком таких спеціальностей, як кардіологія, неврологія, ортопедія, пневмологія, ревматологія, травматологія, тим самим створюючи досвід, що є трансверсальним для кожної з них. Отже, спеціальність ФРМ поступово впроваджувалася в різних європейських країнах, проте без однорідності. Згодом були створені Європейські Організації для її поширення і координації на рівні медичних компетентностей і допомоги пацієнтам, а також медичного навчання і досліджень: Європейська Федерація Фізичної Медицини та Реабілітації – пізніше Європейське Товариство (ЄТФРМ), Académie Médicale Européenne de Médecine Réadaptation (EARME), Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів та Європейський Коледж ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС), були створені і працюють сьогодні заради цих загальних цілей. В даний час в Європі існує єдине визначення спеціальності, яке узгоджується з міжнародно визнаним описом ФРМ (на основі моделі МКФ). Більш того, рівень досліджень в області ФРМ значно підвищився в останні десятиліття завдяки певним зовнішнім та внутрішнім науковим впливам, тим самим збільшуючи її наукове значення, разом з одночасним збільшенням кількості журналів з реабілітації, багато з яких були проіндексовані, деякі з імпаکت-фактором (Сг, EJPRM, JRM між ін.), також, як паралельне збільшення проведених наукових конгресів і курсів. Нарешті, але не в останню чергу, нещодавнє створення Кокранівської реабілітаційної сфери, а також відкриття нових фізичних агентів та технологій, які зменшують обмеження активності та обмеження участі осіб з обмеженнями життєдіяльності, також дасть значний поштовх цій первинній медичній спеціальності.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 4. History of the specialty: where PRM comes from. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):186-197.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 4. Історія спеціальності: звідки походить ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 70–81

Ключові слова: Фізична та Реабілітаційна Медицина, Європа, історія, наукові дослідження, наукові журнали.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною

спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей розділ присвячений історії ФРМ в Європі. Він вперше був введений до БК, оскільки сучасність цієї спеціальності багато в чому обумов-

лена її історичним зростанням. Більш того, дотепер не вистачало загального розуміння, що відбувалось по всій Європі, і це розуміння відкриває нові перспективи для національних історій, які іноді сильно відрізняються від того, що відбувалося в інших європейських країнах. Фактично, спеціальність включає сьогодні всі ці напрямки і є частиною уніфікації європейських практик з розумінням історії, де національні практики повинні бути розташовані в порівнянні з іншими країнами.

У цьому розділі також представлена еволюція Європейських Організацій, включаючи Європейські Органи, інших наукових товариств та журналів, що знаходяться у сфері ФРМ.

Історичні нотатки з еволюції спеціальності

Медична спеціальність ФРМ пройшла різні етапи до моменту її консолідації в минулому столітті. У різні періоди історії обидві концепції – фізична медицина і реабілітація – зазнали, в цілому, зміни в інтерпретації своїх значень одна відносно до іншої. Також відбулися зміни у практиці їх клінічної діяльності¹.

Використання фізичних агентів лікарями, в основному, європейського регіону, почалося в давній час. Приблизно 100 000 років до н.е. в Гаповсе в Словаччині неандертальські жінки занурювались у термальні мінеральні джерела². Греки, а потім і римляни, виступали за наступну практику: водна терапія, масаж і інші модальності мануальної медицини, теплові і холододові процедури, а також фізичні вправи. Усі ці медичні втручання виконували лікарі в стародавній (Гіппократ, Гален тощо) та середні віки (Авіценна, Аверройз тощо) з метою досягнення знеболання, зменшення обмежень життєдіяльності та загального благополуччя. У багатьох випадках ці модальності використовувались для підготовки людей до битв^{3,4}.

З приходом Ренесансу та разом з досягненнями у знанні сучасної анатомії та фізики були зроблені великі зусилля для використання фізичних модальностей, як лікування. Так, відомі лікарі, як Парацельс (XV ст.) рекомендували масаж, як незамінний засіб для підтримки здоров'я. Ambroise Paré в XVI столітті застосовував масаж для ампутованих кукс та післявоєнних шрамів, та також Hieronymus Mercurialis був сполучною ланкою між грецькою і сучасною медичною гімнастикою, оскільки він, між іншим, рекомендував виконання фізичних вправ в поєднанні з дієтою і гігієнічними заходами для лікування різних процесів.

Протягом наступних століть фізичні агенти продовжували використовуватися, як спосіб ліку-

вання, включаючи водну терапію, що створило у XVII і XVIII століттях безліч теплових закладів для відпочинку та лікування (Richard Russell, Vicente Pérez, Siegmund Hahn тощо)^{3,4}.

У XIX столітті, завдяки доктору Duchenne de Boulogne, який вважається батьком електротерапії і електродіагностики, електричний струм почали використовувати також як діагностичну та лікувальну модальність⁵; хоча ще раніше, протягом XVII століття, Королівська академія наук Франції почала публікувати щорічні доповіді про медичну електротерапію. У тому ж столітті, завдяки доктору Pier Henrich Ling, який створив зі своїми учнями шведську медичну гімнастику, великий поштовх у розвитку був наданий фізичним вправам, як лікувальній модальності для м'язово-скелетних розладів³. Пізніше інші методи медичної гімнастики були також описані в Європі. У тому ж столітті інший лікар, Sebastian Busqué у Torru (Іспанія)⁶, послідовник Ling, першим в медичній літературі використовував слово "реабілітація". Трохи пізніше доктор Zander (Швеція) створив те, що ми зараз знаємо як механотерапію. У цьому останньому випадку, наприкінці цього століття, в деяких європейських лікарнях і клініках були створені заклади механотерапії, які функціонували як реальні реабілітаційні кабінети, також вони були створені на деяких фабриках, надаючи своїм працівникам фізичне лікування.

Також в XIX столітті концепція локомоторного перенавчання була розроблена французькою школою неврології, відтоді фізичні вправи почали застосовуватися для лікування захворювань нервової системи; і Jaques Delpesch заснував в Монпельє школу сколіозу для лікування деформацій хребта⁷.

У тому ж столітті великий поштовх у розвитку отримала водна терапія завдяки Sebastian Kneipp (Німеччина), Vinzenz Priessnitz (Австрія) та іншим, і не дивлячись на те, що вони не були докторами, їх методи були прийняті і розвинені лікарями SPA⁸. З іншого боку, Andrew Taylor Still (лікар з США), батько остеопатії, а також Daniel David Palmer, (США, не лікар), батько хіропрактики, створили основу для розвитку дисципліни мануальної медицини в наступному столітті⁹.

Як згадувалося раніше, ФРМ була створена, як первинна спеціальність впродовж XX століття. Процес її розвитку в європейських країнах не був однаковим, і в одних випадках її походження пов'язане з комбінації спеціальностей Ревматології та Реабілітації (раніше Фізична Медицина), в других – з розвитком із Бальнеології, а в інших – з виникнення de novo¹. Стимул для цього створення виник головним чином після Другої світової війни і епідемії поліомієліту, внаслідок чого велика

кількість людей з обмеженнями життєдіяльності потребувала фізичної та нефізичної медичної допомоги, включаючи сьогодні увагу до біженців та осіб після жорстокого відношення, що є двигунами цієї спеціальності. Додатковий поштовх в даному напрямку надали збільшення і поліпшення медико-хірургічних методів лікування протягом останнього та поточного століть, а також розвиток ортопедичного лікування, збільшення тривалості життя населення, спортивні травми тощо¹.

З іншого боку, на основі робіт Still та Palmer, як згадувалося раніше, відомі лікарі, такі як James Cyriax та Leon Chaitow (Велика Британія)⁹⁻¹¹, Robert Maigne (Франція)¹², Vladimir Janda та Karel Lewitt (в колишній Чехословаччині)¹³⁻¹⁵, та інші, створили різні європейські школи ортопедичної та мануальної медицини. Таким чином, сприяння використанню мануальних засобів оцінювання, діагностики та лікування, як робочих інструментів високо цінується і практикується сьогодні лікарями цієї спеціальності, та особливо використовується при м'язово-скелетних розладах¹⁶.

Також відкриття існування нейропластичності дозволило багатьом пацієнтам, що страждають від захворювань центральної нервової системи (інсульт, церебральний параліч, черепно-мозкові травми тощо), які раніше не розглядалися для реабілітації, лікуватися за допомогою терапевтичних вправ¹⁷.

Більш того, відкриття нових методів фізичного лікування, діагностичних та дослідницьких модальностей, таких як: екстракорпоральна ударно-хвильова терапія^{18,19}, лабораторії ходьби, роботи, віртуальна реальність²⁰, ультразвукова діагностика та сучасні методи нейровізуалізації, між іншими, ведуть цю спеціальність до нинішньої сучасної концепції.

Все це поєднується з майбутньою реформою навчальних програм з ФРМ на європейському та національному рівнях.

Спеціальність ФРМ мала великий розвиток клінічної практики, публікацій, зустрічей і освіти, заснованих на обміні досвідом і перспективами лікарень і реабілітаційних центрів практично у всіх європейських країнах. Всі ці процедури виконуються для пацієнтів усіх вікових груп, а також з огляду на соціально-культурні та етичні питання, зосереджуючись на глобальному відновленні в напрямку повної незалежності. Термін, який демонструє такий широкий розвиток – “індивідуальний потенціал відновлення” – відображає основні джерела та кінцеві цілі реабілітації.

Беручи до уваги цю історію загального та, одночасно, різноманітного розвитку, чудово, що зараз в Європі існує єдине визначення спеціальності,

яке узгоджується з міжнародно визнаним описом ФРМ (на основі моделі МКФ)²¹. Нинішня загальна мета спеціальності зосереджується на багатьох різних інтервенціях, необхідних для досягнення максимально можливого рівня функціональної ефективності та участі залежно від контексту і бажання людини.

Історія та розвиток організацій ФРМ в Європі

Як згадувалося раніше, після Другої світової війни, ідея розробки конкретної політики в галузі реабілітаційної медицини стала з'являтися в усьому світові і, особливо, в Європі. Ідея нової медичної спеціальності почала реалізовуватися шляхом заснування національних наукових товариств¹.

За ініціативою 10 травня 1950 року в Лондоні народився проект створення International Federation of Physical Medicine. Ця організація повинна була об'єднувати національні наукові товариства в галузі фізичної медицини в усьому світі. Перший Конгрес International Federation of Physical Medicine (пізніше перейменований в International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation) відбувся в Лондоні в 1952 році. Перші три конгреси, що були проведені в Європі (1956 – Копенгаген, 1964 – Париж, 1972 – Барселона), сприяли кристалізації вузла європейських лікарів, об'єднаних єдиною метою створення спеціальності в Європі.

Цікаво відзначити, що фізична і реабілітаційна медицина (ФРМ) в Європі почала організовуватися в роки трудомісткого народження великих політичних європейських організацій, Ради Європи в 1949 році, а потім Європейської економічної спільноти (Бельгія, Франція, Німеччина, Італія, Люксембург, Нідерланди) згідно до Римської Угоди в 1957 році. Таким чином, спеціальність ФРМ в Європі знайшла свою силу і дух на засадах європейського духу²².

З 1950-х по 1970-ті роки ряд лікарів з різних європейських країн, об'єднаних одними і тими ж розумом, духом і волею рухатись вперед, працювали щоб детально визначити, розвинути і зробити автономною нову спеціальність, яка в ту пору була ані відомою, ані визначеною.

Результатом їх роботи було створення чотирьох Європейських Організацій, які, збільшуючись і посилюючи свою власну діяльність, в результаті заснували нову автономну спеціальність у всіх європейських країнах. Ці чотири організації були створені в наступному хронологічному порядку: у 1963 р. – Європейська федерація фізичної медицини та реабілітації; в 1969 р. – Académie Médicale

Européenne de Médecine de Réadaptation; а в 1971 році – Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС), а в 1991 році – Європейський Коледж ФРМ.

Засновники організацій і ті, хто протягом багатьох років присвятив себе роботі в рамках організацій (а також люди, що працювали заради цієї ж мети, в неї пізніше), вважалися переконаними “європейцями”, а також бачили, що їхня місія інтегрована в розвиток європейської спільноти.

Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини (ЄТФРМ)

Європейська Федерація Фізичної Медицини та Реабілітації (EFPMR) перетворилася на Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини (ЄТФРМ).

Офіційне народження Європейської федерації фізичної медицини та реабілітації (EFPMR), (Fédération Européenne de Médecine Physique and Réadaptation, як написано французькою мовою у Бельгії) відбулося 25 квітня 1963 року, як опубліковано в Офіційному журналі Королівства Бельгія. Федерація була організацією з науковою метою, що об'єднувала національні наукові товариства. Наміри цієї федерації були, по суті, науковими. Вона поставила перед собою наступні цілі:

1. Організація наукової співпраці з метою розвитку ФРМ;

2. Гармонізація в європейських країнах як навчання спеціалістів, так і кваліфікаційних критеріїв у реабілітаційній медицині;

3. Просування в кожній європейській країні національного наукового товариства з ФРМ та теоретичної організації для захисту загальних інтересів лікаря ФРМ;

4. Гармонізація на міжнародному рівні дій, вжитих різними організаціями, та представництво спеціалізації ФРМ у різних європейських органах влади.

З самого початку місія EFPMR була спрямована на сприяння навчання фахівців ФРМ, започаткувавши “etudes commission” (комісію по навчанню).

Ця комісія, після вивчення ситуації з викладанням у різних європейських країнах, підготувала проект документа “Навчання спеціалістів в Європі”. Він був представлений на V Конгресі Міжнародної федерації в Монреалі. У 1970 р. цей звіт був розглянутий Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, як корисний довідковий документ для розробки програми конференції “Викладання медичної реабілітації”, яка відбулася у Польщі 10-16 листопада 1971 року. На цій конференції було встановлено, що відповідальність практиків реабілітаційної медицини полягає в тому, щоб залишити експертизу

“спеціально” навченому спеціалістові, а ні спеціалістам інших дисциплін.

Цей вибір був вирішальним, оскільки спочатку члени національних товариств приходили з різних відповідних спеціальностей (ортопедія, неврологія, ревматологія, радіологія тощо), дисципліна називалася різними назвами, і практика, здавалося, була різною в усіх європейських регіонах. Отже, в цей час, коли спеціальність не існувала в жодній європейській країні, Федерація створила умови для виникнення та конкретизації нової спеціальності та для захисту її практикуючих лікарів²³.

EFPMR була представлена в якості неурядової організації при Раді Європи шляхом розробки деякими членами експертів важливого документа, опублікованого в 1984 році, з назвою “Послідовна політика реабілітації людей з обмеженнями життєдіяльності – підготовка персоналу охорони здоров'я, що працює у сфері реабілітації: поточна ситуація в державах-членах та пропозиції щодо вдосконалення цього виду підготовки”.

EFPMR почала організовувати наукові зустрічі, які мали форму європейських конгресів, які протягом багатьох років проводились щодворічно. Крім того, з 1964 року поширювався науковий журнал “Europa Medicophysica” (Італія). Цей індексований огляд, відомий зараз, як European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, є важливим інструментом для розвитку досліджень з ФРМ в Європі.

У 2003 році Європейська федерація ФРМ, яка внесла такий значний внесок у створення і однорідний розвиток нашої дисципліни, була розпущена, щоб звільнити місце для створення європейського наукового товариства, Європейського Товариства з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ), членство у якому відкрито також для індивідуальних членів, що спеціалізуються в ФРМ, хоча участь національних товариств залишається його центральним елементом. Це товариство встановило мету розвивати більшу однорідність з науковою та професійною точки зору. Національні товариства (яких у 1963 році було лише 5) у 2003 році досягли кількості 20 (Австрія, Бельгія, Болгарія, Хорватія, Кіпр, Франція, Німеччина, Греція, Італія, Латвія, Литва, Нідерланди, Португалія, Румунія, Сербія, Словенія, Іспанія, Швейцарія, Туреччина та Велика Британія). У цей період ФРМ сильно збагатила свою роль у всій Європі, нарощуючи відповідальність в службах охорони здоров'я в багатьох країнах (на жаль, з деякими відмінностями в освітній і професійній областях) і також отримуючи певні визнання від європейських органів.

Місія ЄТФРМ: а) бути провідним науковим європейським товариством лікарів в області фізичної та

реабілітаційної медицини; б) удосконаливати знання про основи і управління активністю, участю і контекстуальними факторами людей, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності та в) поліпшити і підтримувати міцний зв'язок між дослідженнями і клінічною практикою ФРМ.

Académie Médicale Européenne de Médecine de Réadaptation / Європейська Академія Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ)

У 1968 році в ході підготовки 5-го Конгресу Міжнародної федерації було відзначено, що колеги з різних країн, які працюють для спеціальності, занадто часто змінюються. Також було відзначено, що жодна з цілей Федерації не була спрямована на філософію реабілітаційної медицини. Таким чином, було вирішено створити Академію, що складається з людей, добре відомих в області реабілітаційної медицини, з метою започаткування організації, де члени будуть знаходитися тривалий час та будуть, головним чином, займатися філософськими і етичними аспектами реабілітаційної медицини, а також підтримувати науковий розвиток спеціальності. Академія була заснована в Женеві в 1969 році вісьмома членами-засновниками під назвою Académie Médicale Européenne de Médecine de Réadaptation. Це ім'я було змінено в 1996 році на Académie Européenne de Médecine de Réadaptation /Європейська академія реабілітаційної медицини.

Юридичною адресою Академії є Брюссель. Її лого – «Societatis vir origo ac finis» (Людина – це джерело і мета суспільства). Її офіційна мова була французькою, але останнім часом як французька, так і англійська були оголошені офіційними мовами, з більш широким використанням англійської мови.

Метою Академії є вдосконалення всіх напрямків реабілітації на користь тих, хто її потребує. Таким чином, вона сприяє навчанню і дослідженням в Європі, виступаючи в якості довідкової точки в наукових, освітніх і дослідницьких питаннях, обміні ідеями та інформацією, сприяючи обміну лікарями ФРМ між різними країнами і займаючись моральними і етичними дебатами. ЄАРМ складається з людей, які є відомими у європейському світі реабілітаційної медицини. Вони повинні бути лікарями, що спеціалізуються в реабілітаційній медицині, які особливо виділяються у цій галузі не тільки з технічної чи наукової точки зору, але також і їх гуманістичним підходом. Вони походять з більшості європейських країн, і зараз членство продовжує розширюватися на схід. Максимальна кількість учасників – 50, але вона ніколи не перевищувала 40, тоді як поточне число – 35. Вони вибираються за запрошенням, обираються

лише таємним голосуванням, після складної процедури, яка передбачає подання трьома членами Академії. ЄАРМ, хоча і має автономну програму діяльності, тісно співпрацює з ЄТФРМ, а також з Секцією та Радою ФРМ ЄСМС. В результаті цієї співпраці перше видання Білої Книги з фізичної та реабілітаційної медицини було опубліковано в 1989 році. Ця книга була написана на чотирьох мовах (іспанська, англійська, французька, італійська), а потім перевидана в різних країнах. Друге видання Європейської Білої Книги з фізичної та реабілітаційної медицини було опубліковано в 2006 році.

Протягом останніх років було опубліковано ряд документів, серед яких:

- Інавгураційні лекції академіків, опубліковані в “Europa Medicophysica” (Minerva Medica, Турин, Рим, Мілан). Médecine de Rééducation et Réadaptation, 235с., Documenta Geigy, Париж, 1982.
- Багато етичних документів було підготовлено під патронатом Академії, найважливішим вважається «Доступність в реабілітації осіб з обмеженнями життєдіяльності».

Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС)

Вільне переміщення лікарів між шістьма різними країнами Європейського співтовариства (1957) зробило необхідним гармонізацію освіти і кваліфікації спеціалістів, задля того, щоб отримати якість надання допомоги на однаковому оптимальному рівні в кожній європейській країні. Це була мета ЄСМС, який був заснований в липні 1958 року в Брюсселі. ЄСМС з самого початку підтримував тісні контакти з офіційними структурами Європейського Союзу та Радою Європи. У наступні роки були поступово засновані секції за спеціальностями²⁴.

Секція “Physiotherapie/Фізіотерапія” була заснована в 1963 році, але її перша самостійна зустріч відбулася в 1971 році (Mondorf les Bains, Люксембург). На цій зустрічі деякі історичні діячі і делегати із законними повноваженнями, за допомогою юристів ЄСМС, затвердили автономію спеціальності і запропонували змінити її назву на “Фізична Медицина та Реабілітація” (згодом це ім'я було змінено на “Фізична та Реабілітаційна Медицина”)²⁵.

З моменту створення Секції і практично до кінця ХХ століття спеціальність ще не була однаковою в різних країнах. Потрібно було вирішити такі основні проблеми:

- встановити визначення спеціальності, точне та офіційне;
- надати однакову назву для цієї спеціальності у всіх країнах Європейського співтовариства та Європи;

- визначити роль лікаря, що спеціалізується в цій дисципліні;
- дати для всіх європейських країн рекомендації щодо оптимальної та гармонійної освіти;
- вивчити в кожній країні, яка безперервна медична освіта (БМО) існує за цією спеціальністю і як вона проводиться;
- встановити зручний і обґрунтований зв'язок між спеціальністю і лікувальними професіями в реабілітації;
- визначити Сферу компетентностей лікарів ФРМ та захистити інтереси лікарів ФРМ, що практикують в Європі;
- акредитувати якість програм клінічної допомоги та визначити європейські рекомендації з мінімальних вимог до клінічної практики.

Ці різні цілі були досягнуті, більш-менш, протягом 40 років. Навіть зараз для деяких з цих цілей необхідно продовжити роботу. Як приклад, можна згадати розробку електронної книги з питань сфери компетентностей лікарів ФРМ Європи (частини I та II) Комітетом професійної практики (КПП), що входить до Секції, а також процедури розвитку спеціальності ФРМ, або її впровадження в країнах Європейського континенту, де ця спеціальність ще не визначена, як первинна (*напр.* Росія, Україна тощо).

Європейський Коледж Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄКФРМ) (в особі Ради ФРМ ЄСМС)

З 1990 року члени Секції присвятили себе підготовці створення Європейського Коледжу ФРМ, четвертої організації європейських спеціалістів. Статут *College Europeene de Medecine Physique et de Readaptation* був зареєстрований 19 липня 1991 року у м. Гаага (Нідерланди), в місці знаходження Європейського суду. Особи-засновники, які підписали статут, були з п'яти різних країн: Бельгії, Франції, Португалії, Іспанії та Голландії. Протягом років назва цього органу була адаптована (але не зареєстрована) як Європейська Рада ФРМ. Відносини між Радою та Секцією були дуже близькими. Власне, Рада взяла на себе всі обов'язки Секції з освітніх стосунків. Головною метою Ради була гармонізація освіти та навчання фахівців в різних країнах на найвищому можливому рівні. Був створений виконавчий комітет із шести членів, та йому допомагала комісія викладачів, що складалася з професорів університетів.

3-4 рази на рік проводились робочі наради, найчастіше в Парижі, де збиралися Виконавчий комітет та Освітній комітет. Менш ніж за 2 роки були створені: навчальна програма ФРМ, своєрідна теоретична програма, що складається з розділів;

методи практичного навчання; правила отримання титулу сертифікованого Радою за еквівалентністю; умови іспиту; критерії акредитації тренерів і навчальних центрів і двомовний англо-французький журнал для реєстрації навчання. У той же час комісія працювала над створенням банку даних екзаменаційних питань (питання з множинним вибором (MCQ) і клінічні випадки). Для першого Європейського екзамену, що відбувся в Генті (Бельгія) в 1993 році, був створений архів з більш ніж 500 питань. Анонімність та об'єктивність були ключовими елементами, якими керувалися під час екзаменаційної перевірки. З цієї дати банк MCQ став значно багатшим, і іспит проводиться щороку в кожній країні з постійно зростаючою кількістю кандидатів. З 2001 року була проведена реорганізація Секції та Ради. Ця реорганізація була необхідна, враховуючи робоче навантаження керівництва цієї медичної спеціальності, що знаходилась на етапі повного розвитку. У зв'язку з недавньою реорганізацією ЄСМС була вирішено продовжити роботу четвертої організації Європейських Органів ФРМ під назвою Європейський Коледж ФРМ, яка буде виконуватись Радою ФРМ ЄСМС.

Історія та розвиток науки ФРМ в Європі. Європейські наукові журнали з ФРМ

Розвиток науки в ФРМ мав змогу розвиватись в декількох напрямках. ФРМ, як незалежна медична спеціальність майже у всіх європейських країнах, найчастіше розвивалась після Другої світової війни як з біомедичної, так і з клінічної частин. Таким чином, крім лікарів ФРМ, які навчались з самого початку ФРМ, лікарі також залучались, як з біологічних областей (таких як анатомія і фізіологія), так і з визнаних клінічних сфер (таких як неврологія, ортопедія, спортивна медицина та ревматологія). Також був вплив з боку нелікарів, особливо психологів, а також з боку інших поведінкових наук і технічних областей. Наукова діяльність повинна бути тісно пов'язаною з клінічним розвитком спеціальності, і це також стосується ФРМ. Протягом наукового розвитку досить рано з'явилися дослідження, пов'язані в основному з біомедициною та технологіями (переважно механічна та електронна біоінженерія), та з клінічними спостережними дослідженнями, а потім збільшилась кількість рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) та методологічних досліджень, особливо, з вимірюванням результатів.

Важливість «зовнішнього» впливу і розвиток областей дослідження

На дослідження в області ФРМ впливали зовнішні фактори (такі як Міжнародна класифіка-

ція порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності МКП, і Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, МКФ), нові знання з сучасних психометричних технік, біомедичної галузі (*напр.* з нейропластичності та дослідження стовбурових клітин), а також розвиток нових технологій. МКП, опублікована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 1980 році, ніколи широко не використовувалась, проте надала концептуальний імпульс розвитку ФРМ, а також мала вплив на розробку методів вимірювання результатів. Вона зазнала критики з різних причин, наприклад, через занадто тісний зв'язок з традиційною біомедичною моделлю, а також за її термінологію. Коли в 2001 році вона була далі перетворена в МКФ, більш значний вплив було відзначено вже на ранній стадії. Вона також мала більш відповідну термінологію, яка могла бути вираженою не тільки в негативному, но і в позитивному вимірах. Завдяки цій класифікації, збільшився інтерес до досліджень в області ФРМ, а також можливість просування до біо-психо-соціальної моделі обмеження життєдіяльності. Необхідно було розробити і застосувати методологію, яка підходить для досліджень в областях активності та участі, що в значній мірі означає використання інструментів з категоріальними даними (порядкові шкали), що вимагають сучасної психометричної методології. Великою допомогою у цьому розвитку стало введення аналізу Раш у дослідженнях з ФРМ. Спочатку датський математик Георг Раш розробив методологію Раш. Вона базується на співвідношенні здатності суб'єктів та складності предметів, з відображенням результатів в логіт-одинацях. Якщо дані відповідають моделі, первинні дані можуть бути перетворені в оцінки інтервальних рівнів, що є ключовою вимогою для вимірювання змін. Ранні ініціативи з використання методології Раш в ФРМ були зроблені в 90-х роках в США, і надалі інтерес поширився до Європи. У той же час, та особливо протягом останніх 20 років, зросли розуміння та практична можливість використання рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). У ФРМ такі дослідження важливі для об'єктивної оцінки програм втручання, але можуть мати певні практичні обмеження. Крім того, була розроблена технологія, що стосується досліджень в ФРМ, наприклад в ортезуванні та робототехніці, в технологіях аналізу руху та в нейрофізіології, а також при фізичній активності в реальному житті (*напр.* через датчики, що можливо носити). Всі ці розробки розширили можливості для клінічних досліджень у ФРМ.

Зростаюча кількість немедичних реабілітаційних професій, таких як ерготерапевти, фізичні те-

рапевти та нейропсихологи, які проводять дослідження в галузі ФРМ, розширила компетентності мульти-професійної команди ФРМ. Розроблено відповідні моделі не тільки для мульти-професійних досліджень, але й для трансляційних досліджень, використовуючи переваги співпраці між фундаментальними і клінічними дослідженнями.

Наукові зустрічі і конгреси європейських організацій ФРМ. Створення Кокранівської сфери ФРМ

Зустрічі та конгреси, організовані різними науковими організаціями, зробили внесок до комунікації і розвитку науки в ФРМ, особливо протягом останніх двадцяти років, коли наукова якість таких зустрічей зросла. Також було організовано ряд симпозіумів, курсів та міжнародних шкіл з ФРМ за спеціальними темами, такими, як аналіз біомеханіки та рухів, нейрофізіологічні основи реабілітації, методичні аспекти вимірювання результатів тощо. На кількох конгресах були включені інформаційні та освітні сесії з наукових публікацій, в тому числі «Зустріч з редактором» і «Як написати наукову роботу». Міжнародні організації «International Rehabilitation Medicine Association» та «International Federation of Physical and Rehabilitation Medicine» об'єдналися у 1999 у «International Society of Physical and Rehabilitation Medicine» (ISPRM), яка є все-світньою організацією з ФРМ з активною участю європейських вчених. З європейської перспективи, в 1963 році була заснована «European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation», і серед її цілей було просування національних товариств ФРМ та пов'язаних з ними конгресів. Федерація змінила своє ім'я в 2003 році на «Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини» (ЄТФРМ), як це вже було сказано, зберігаючи свою мету бути провідним науковим товариством для європейських лікарів ФРМ, включаючи європейський щодворічний науковий конгрес. Крім того, в Європі працюють ще два регіональні організації з ФРМ: «Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine» (MFPRM) з його першим конгресом у 1996 році та «Baltic and North Sea Forum on Physical and Medical Rehabilitation» (BNFPRM) з першим конгресом у 2010 році. Обидві ці організації також залучають учасників з відповідних регіонів Європи і організують щодворічний конгрес з ФРМ в своєму регіоні.

Кокранівська реабілітаційна сфера

За ініціативи спеціального наукового комітету з доказової медицини Європейського товариства фізичної і реабілітаційної медицини та схвалення інших Європейських Органів ФРМ було створено

Кокранівську реабілітаційну сферу, яку було запущено 16 грудня 2016 року. Завдяки цьому, а також співробітництву у цій новій галузі великої кількості лікарів ФРМ та інших фахівців реабілітації, в майбутньому буде можливо суттєво посилити наукові докази в нашій спеціальності, дозволяючи серед іншого вдосконалити методологію дослідження в реабілітації, створити нові настанови з клінічної практики, а також інші переваги для реабілітації²⁶. (www.rehabilitation.cochrane.org).

Розвиток наукових журналів у Європі

Наукові журнали є одними з найважливіших факторів, що сприяють зростанню науки у спеціальності ФРМ. В Європі є велика кількість національних журналів з ФРМ, а також журналів, що поширюються на міжнародному рівні. Фактично в паперовій формі представлені десять національних журналів з Болгарії, Хорватії, Франції, Німеччини та Австрії, Португалії, Словенії, Іспанії, Туреччини, які належать до Європейської мережі журналів фізичної та реабілітаційної медицини (<http://www.esprm.net/journal-network>)²⁷, але це поле постійно еволюціонує. Три головних журнали, базованих в Європі, що мають фактичний зв'язок з науковими товариствами ФРМ та міжнародну перспективу²⁸ (в алфавітному порядку): *Clinical Rehabilitation*, *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* та *Journal of Rehabilitation Medicine*.

Європейські-міжнародні журнали з ФРМ

Для того, щоб дати деякі наголоси щодо змін в науковій активності в сфері ФРМ Європи, ми спеціально розглянули зміст трьох вищевказаних журналів ФРМ у трьох часових точках – 1975, 1995 та 2015 роки (щодо *Clinical Rehabilitation* лише останні дві точки) стосовно тематики статей за останні 40 років.

Clinical Rehabilitation (Cr) 1987

Це офіційний журнал *British Society of Rehabilitation Medicine*, спільно з *Society for Research in Rehabilitation*. У 1997 році він приєднався до *Journal of Rehabilitation Sciences* і став офіційним журналом *Netherlands Society of Rehabilitation and Physical Medicine*. Завжди публікується англійською мовою, індексується Medline з 1995 року та має імпаکت-фактор з 1995 року. Журнал почав видаватися в 1987 році. Число оціночних досліджень поступово підвищувалося, особливо РКД вирости у п'ять-сім разів в період з 1987-1995 рр. до 2002 р.²⁹ У 1995 році журнал рішуче виступав за збільшення РКД в реабілітаційних дослідженнях³⁰. Дійсно, протягом років це було успішно зроблено,

із збільшенням відсотку опублікованих РКД з 18% у 1995 році до 50% у 2015 році. У той же час спостережні дослідження, включаючи якісні дослідження, знизились з 48% до 2%. Методологічні статті знизились з 20% у 1995 році до 12% у 2015 році, і, на жаль, було опубліковано дуже мало досліджень з використанням аналізу Раш. Огляди були відсутніми в 1995 році, але становили 24% статей у 2015 році. Теми для статей були досить постійними, і неврологічні стани становили близько половини статей з деяким збільшенням між двома часовими позначками. Особливий інтерес був розвинутий до встановлення цілей та опису втручань. В даний час журнал намагається збільшити також дуже важливу і дуже слаборозвинену теоретичну базу для реабілітації.

European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (EJPRM) (1964), колишній “Europa Medicophysica” – офіційний журнал ЄТФРМ та Секції та Ради ФРМ ЄСМС

Журнал почав публікуватись у 1965 році як *Europa Medicophysica*. З самого початку це був офіційний журнал *European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation*, пізніше став ЄТФРМ, з 19 країнами, представленими в редакційній раді. Він публікується спільно з *International Society of PRM (ISPRM)* і є офіційним журналом *Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine (MFPRM)*. Публікувався трьома мовами (італійська, французька та англійська) до 1994 року, коли англійський став єдиною мовою. Індексований Medline з 2004 року і має імпакт-фактор з 2010 року. Ім'я журналу змінилося на поточне в 2008 році. Спочатку домінували статті з Південної Європи, але в 2007 році став міжнародно орієнтованим. Кілька РКД були опубліковані в 1975 та 1995 рр., але в 2015 році їх кількість помітно зростає (23% публікацій). Відсоток спостережних досліджень був досить високим: 19% (1975), 29% (1995) та 41% (2015) відповідно. Методологічні дослідження почали з'являтися в 1995 році, включаючи іноді статті з використанням аналізу Раш. У 1975 році часто зустрічалися оглядові статті та спеціальні доповіді (56%), тоді як в більш пізні роки вони не були такими домінуючими. Публікації, що стосуються неврологічних порушень, становили приблизно половину, або трохи менше від опублікованих праць, при цьому з 1975 по 1995 рік значно збільшилась кількість публікацій з м'язово-скелетних порушень і больових синдромів, склавши 29% у 2015 році. Основним напрямком діяльності журналу є публікації клінічно значущих статей, що сприяють покращенню клінічної практики ФРМ³¹.

Journal of Rehabilitation Medicine (JRM) (1969), колишній “Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine” – офіційний журнал ISPRM, Ради ФРМ ЄСМС та ЄАРМ

Почав публікуватись у 1968 році як Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, і змінив свою назву в 2001 році. Спочатку публікації були майже виключно з країн Північної Європи, але досить скоро частка рукописів з інших частин світу збільшилася (близько 50% в 1996 році і 80% в 2015 році), спочатку через збільшення європейських матеріалів, а після 2005 року також за рахунок неєвропейських рукописів. РКД не публікувались в 1975 році, але з'явилися в 1995 році і склали 21%, а в 2015 році – 27%; навпаки, неконтрольовані оціночні дослідження знизились (з 25% у 1975 до 8% у 2015). Існував інтерес до публікації різних типів методологічних досліджень, що становили близько чверті опублікованих статей протягом періоду. Число статей, що використовують аналіз Раш, збільшилось, але їх було все ще відносно мало порівняльно з кількістю статей, що використовують порядкову шкалу. Огляди та спеціальні звіти почали з'являтися приблизно з 2000 року, і в 2015 році вони склали 11% від опублікованих статей. Темі статей були досить постійними з 2004 по 2011 рік і за весь період близько 50% становили статті з неврологічних порушень, близько 25% статей – з м'язово-скелетних порушень і больовому синдрому, а решта статей – або інші стани, як серцеві і респіраторні стани, або дані досліджень за участю кількох груп пацієнтів або здорових людей, включаючи похилий вік.

Інші європейські наукові журнали з ФРМ з міжнародною проєкцією

Тут ми представимо короткі історичні нотатки про інші багатонаціональні журнали, в порядку років їх заснування.

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine (APRM) (1974), раніше «Annales de Réadaptation et de Médecine Physique» – офіційний журнал ЄТФРМ і Секції ФРМ ЄСМС

Офіційний журнал French Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SOFMER, Société Française de Médecine Physique and de Réadaptation). Публікується спільно з International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) з 2012 року. Видавець – Elsevier, який поширює Annals через Science Direct. Публікувався виключно французькою мовою до 2005 року, став двомовним з 2009

року і публікується виключно англійською мовою з 2015 року. APRM індексується Medline з 2001 року, ще не має імпаکت-фактору, і зараз є науковим журналом, який відповідає міжнародним стандартам і охоплює всі сфери та аспекти реабілітаційних наук, від фундаментальних, до медичних та соціальних. Журнал публікує оригінальні рецензовані клінічні та дослідницькі статті, епідеміологічні дослідження, нові методологічні клінічні підходи, огляди, редакційні статті та настанови. Матеріали в основному, стосуються: методів оцінювання моторних, сенсорних, когнітивних і вісцеральних порушень; функціональних обмежень життєдіяльності; фізичних вад у дорослих і дітей; процесів реабілітації при ортопедичних, ревматологічних, неврологічних, серцево-судинних, легеневих та урологічних захворюваннях.

Rehabilitaciyn (Madr) (1966)

Офіційний журнал Sociedad Española de Rehabilitaciyn y Medicina Física (SERMEF). Був заснований в 1966 році радою директорів Товариства. Видавець – Elsevier-España, S.L.U., журнал випускається чотири рази на рік разом з монографією на тему, що представляє найбільший інтерес і актуальність, яка призначається редакційною колегією. Видається іспанською мовою (крім тез, що завжди є як іспанською, так і англійською мовами). Журнал ще не індексований Medline, але включений в: IME, Eventline, Bibliomed, Sedbase, CINAHL, Scopus, Pascal та IBECs. Історія журналу походить з попереднього журналу Acta Fisioterapica Ibérica (1956), який був офіційним журналом “Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperacion Funcional”. У 1966 році Acta Fisioterapica Ibérica та Revista Española de Rehabilitaciyn del Aparato Locomotor (доповнення до журналу ортопедичної хірургії) були об'єднані в новий журнал. Rehabilitaciyn (Madr) є основним інструментом наукового поширення серед лікарів ФРМ в Іспанії, а також з іспаномовних країн Латинської Америки. Основною сферою діяльності журналу є безперервна медична освіта в спеціальності ФРМ.

International Journal of Rehabilitation Research (IJRR) (1977)

Офіційний журнал Rehabilitation International з 1977 по 1985 рік, а потім, з моменту створення, European Federation of Research in Rehabilitation, яка у 2009 році була перейменована на European Forum for Research in Rehabilitation. Видавець: Schindele (1977–1990), Chapman and Hall (1990–1998), і зараз Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer (з 1998). Завжди видавався англійською

мовою. Індексований компанією Medline з 1978 року та має імпаکت-фактор з 1997 року. Це майданчик для публікації досліджень щодо функціонування та обмежень життєдіяльності та контекстуальних факторів, які впливають на життєвий досвід людей всіх віків як у розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. В даний час він має імпакт-фактор.

Physikalische Medizin – Rehabilitationsmedizin – Kurortmedizin – Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (JPRM) (1991)

Це офіційний журнал Німецького товариства фізичної медицини, Австрійського товариства фізичної та реабілітаційної медицини, Німецької професійної асоціації реабілітаційної медицини та Австрійської професійної асоціації фізичної та реабілітаційної медицини. Видається Georg Thieme. У 2009 році було додано підзаголовок журналу Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. Має імпакт фактор з 2015 року. Публікує статті на англійській та німецькій мовах. Його історія сягає до 1898 року, з Zeitschrift fur diatetische und physikalische Therapie (Journal of Dietary and Physical Therapy), що продовжився в Німецькій Демократичній Республіці з 1971 року як Zeitschrift for Physiotherapie; в Західній Німеччині, Zeitschrift for Physikalische Medizin був заснований в 1970 році. У 1991 році два товариства і журнали Східної і Західної Німеччини об'єдналися. Журнал спеціалізується на оригінальних статтях, клінічних випадках та навчальних статтях з Фізичної медицини та Реабілітаційної медицини, тезах конгресів, новинах товариств та асоціацій.

Journal of the Portuguese Society of Physical Medicine and Rehabilitation

Журнал SPMFR видається з 1992 року, і є довідником для всіх португальських спеціалістів ФРМ і для медичних товариств Португалії. Друковані копії надсилаються всім членам SPMFR, Sociedades Medicas de Portugal та різним медичним бібліотекам. Він також поширюється в інші португаломовні країни шляхом співпраці з колегами з Бразилії, Анголи, Мозамбіку, Кабо-Верде, Гвінеї-Бісау, Сан-Томе і Принсіпі, Східного Тимору.

Журнал публікує оригінальні статті та огляди в галузі реабілітаційної медицини, і всі представлені рукописи повинні відповідати вимогам Committee of Medical Journal Editors. SPMFR має повний процес рецензування, чітко визначені цілі та сферу застосування, та визначення конфлікту інтересів відповідно до Рекомендацій щодо поведінки, звітності, редагування та публікації наукової роботи в медичних журналах (Рекомендації ICMJE).

Статті можуть бути подані англійською, французькою та/або португальською мовами. Тези повинні бути англійською та іншою мовою (французькою або португальською).

Висновки для журналів з ФРМ

Наукові дослідження в цій медичній спеціальності зростали протягом минулого століття і продовжуються в теперішній час. Дослідження головним чином пов'язані з біомедициною та технологіями (в основному механічною та електронною біоінженерією), а також з клінічною практикою із спостережними проспективними дослідженнями, що з'явилися на ранніх стадіях, а пізніше збільшилася кількість рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) та методологічних досліджень, особливо з вимірюванням результатів. Європейські автори з ФРМ публікують все більше своїх досліджень у клінічній та експериментальній сферах не тільки в журналах з ФРМ (деякі з них індексуються Medline та мають імпакт-фактор), а також в інших провідних журналах, що належать до різних біомедичних категорій. Що стосується типу статей, що публікуються, за останні 40 років значно більшого поширення набули статті з рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). Водночас, кількість клінічних досліджень, опублікованих у медичних журналах, індексованих PubMed, включаючи ключове слово «Physical Medicine and Rehabilitation», зросла з 65 в 2006 році до 200 у 2015 році. Додатково, в теперішній час кількість клінічних випробувань, зареєстрованих на ClinicalTrial.gov та розташованих у Європі, становить близько третини світового обсягу при пошуку за ключовим словом «Rehabilitation Medicine» (583/1764) або «Physical Medicine and Rehabilitation»/«Physical and Rehabilitation Medicine» (84/264). Все це, як ми сподіваємось, посилить можливості наукового внеску до клінічної практики ФРМ та Європа займає в цьому провідну позицію. У наукових статтях зазначених журналів досліджувалися групи пацієнтів переважно з неврологічними станами, та потім – м'язово-скелетними та больовими станами: це віддзеркалює клінічну ситуацію в закладах ФРМ. Додатково були проведені методологічні дослідження як з конструкції, так з психометричних характеристик різних інструментів вимірювання результатів. Нарешті, але не менш важливо – дослідження, пов'язані з МКФ, викликали великий інтерес, починаючи вже з початку нинішнього століття: були опубліковані декілька статей щодо концептуальних аспектів МКФ та розвитку її базових наборів, а також МКФ, як основи для вимірювання результатів і для

структурування досліджень та клінічної роботи у ФРМ. Наукові журнали є одними з найважливіших вкладників зростання науки у спеціальності ФРМ. В історії їх розвитку в Європі є деякі спільні риси. Вони, як правило, народжуються на місцевому рівні, для слугування конкретному товариству ФРМ і країні, і еволюціонують в міжнародні. Бази даних (переважно PubMed та ISI з його імпаکت-факторами), що народилися в США і спочатку включали, в основному, американські журнали, створили перший головний виклик. Другим була трансформація на англійську мову (для журналів, що базуються в неангломовних країнах), що було особливо важко для редакторів, авторів та читачів. Нарешті, міжнародна еволюція примусила найстаріші журнали змінити назви, щоб зробити їх більш сучасними та/або відповідати дійсному змісту.

Посилання

1. Ward A.B. Physical and rehabilitation medicine in Europe. *J. Rehabil. Med.* 2006;38:81–6.
2. Vlček E. The Fossil Man of Gánovce Czechoslovakia. *J. R. Anthropol. Inst.* 1955;163–7.
3. Conti A.A. Western medical rehabilitation through time: a historical and epistemological review. *Scientific World Journal.* 2014;2014:432506.
4. Conti A.A. Reconstructing medical history: historiographical features, approaches and challenges. *Clin Ter.* 2011;162:133–6.
5. Schmitt C., Mehlman C.T., Meiss A.L. Hyphenated history: Erb-Duchenne brachial plexus palsy. *Am J Orth* 2008; 37 (7): 356–58.
6. Climent Barberó J.M. Formation of the concept of rehabilitation in the gymnastic work of Sebastián Busqué Torry (1865). *Med E Hist.* 1991;40:1–16.
7. Peltier L.F. The “back school” of Delpech in Montpellier. *Clin Orthop. Relat Res.* 1983;179:4–9.
8. De Vierville J.P. Aquatic Rehabilitation: A Historical Perspective. In: Becker B.E., Cole A.J., editors. *Comprehensive aquatic therapy.* Pullman: Washington State University Publishing; 2010. 1–21 p.
9. Pettman E. A history of manipulative therapy. *J Man Manip Ther.* 2007;15(3):165–74.
10. Cyriax J. *Textbook of orthopaedic medicine. Vol.2 Treatment by Manipulation, Massage and Injection.* London: Baillière Tindall. 1984.
11. Chaitow L. *Palpation skills. Assessment and diagnostic through touch.* 3rd edition. Harcourt Publisher Limited. Churchill Livingstone 2000.
12. Meloche J.P., Bergeron Y., Bellavance A., Morand M., Hout J., Belzile G. Painful intervertebral dysfunction: Robert Maigners original contribution to headache of cervical origin. *Headache.* 1993;328–34.
13. Janda V. *Muscle function testing.* London: Butterworths; 1983.
14. Lewit K. *Manipulative Therapy in the Rehabilitation of the Motor System.* 3rd edition. London: Butterworths; 1985.
15. Lewit K. Disturbed balance due to lesions of the cranio-cervical junction. *J Orthop Med.* 1998;58–61.
16. Valero R., Varela E., Kezekdeveci A.A., Oral A., Ilieva E., Berteanu M., et al. Spinal pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013;49:715–25.
17. Draganski B., Gaser C., Busch V., Schuierer G., Bogdahn U., May A. Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training. *Nature.* 2004;427(6972):311–2.
18. Ogden J.A., Alvarez R.G., Levitt R., Marlow M. Shock wave therapy (Orthotripsy) in musculoskeletal disorders. *Clin Orthop. Relat Res.* 2001;387:22–40.
19. Del Castillo-González F., Ramos-Alvarez J.J., Rodríguez-Fabián G., González-Pérez J., Jiménez-Herranz E., Varela E. Extracorporeal shockwaves versus ultrasound-guided percutaneous lavage for the treatment of rotator cuff calcific tendinopathy: a randomized controlled trial. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2016;52:145–51.
20. Giustini A., Varela E., Franceschini M., Votava J., Zampolini M., Berteanu M., et al. UEMS—Position Paper. New technologies designed to improve functioning: the role of the physical and rehabilitation medicine physician. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2014 ;50:579–83.
21. Reinhardt J.D., Zhang X., Proding B., Ehrmann-Bostan C., Selb M., Stucki G., et al. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in routine clinical practice: Empirical findings of a pilot study from Mainland China. *J. Rehabil. Med.* 2016;48:515–21.
22. Bardot A., Tonazzi A. European physical and rehabilitation medicine organisms—origins and developments. *Eura Medicophys.* 2007;43:185–94.
23. Bertolini C., Delarque A. A brief history of European organizations of physical and rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2008;87:592–5.
24. De Korvin G., Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. *Ann Phys Rehabil Med.* 2009;52:594–607.
25. Gutenbrunner C., Ward A., Chamberlain M. The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med.* 2007 Jan;(45 Suppl):6–47-.
26. Negrini S., Kiekens C., Levack W., Grubisic F., Gimigliano F., Ilieva E., et al. Cochrane physical and rehabilitation medicine: a new field to bridge between best evidence and the specific needs of our field of competence. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2016 ;52:417–8.
27. Negrini S., Ilieva E., Moslavac S., Zampolini M., Giustini A. The European physical and rehabilitation medicine journal network: historical notes on national journals. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2010;46:291–6.
28. Franchignoni F., Stucki G., Mucoz Lasa S., Fialka-Moser V., Vanderstraeten G., Quittan M, et al. Publishing in physical and rehabilitation medicine: a European point of view. *J. Rehabil. Med.* 2008;40:492–494.
29. Wade D., Tennant A. An audit of the editorial process and peer review in the journal *Clinical rehabilitation.* *Clin. Rehabil.* 2004;18:117–24.
30. Wade D. Randomized and controlled clinical trials in *Clinical Rehabilitation.* *Clin. Rehabil.* 1995;9:275–82.
31. Grimby G. *Journal of Rehabilitation Medicine: Looking back at 13 years as Editor-in-Chief.* *J. Rehabil. Med.* 2012;44: 517–20.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^о видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Enrique Varela-Donoso, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Gunnar Grimby, Christoph Gutenbrunner, Xanthi Michail, Stefano Negrini, Philippe Bardot, Nikolaos Barotsis, Carlo Bertolini, Kristian Borg, Joaquim Chaler, Anne Chamberlain, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Franco Franchignoni, Alessandro Giustini, Alvydas Juocevicius, Crt Marincek, Dominic Pgrennou, Henk Stam, Ulrich Smolenski, Jiri Votava, Derrick T Wade, Juan M. Castellote, Maria Gabriella Ceravolo, Gordana Devecerski, Roser Garreta-Figuera, JC Miangolarra-Page, Merce Avellanet, Mauro Zampolini, Maria Amparo Martinez-Assucena.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров.

Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі

Розділ 5 – Організації ФРМ в Європі: структура та діяльність

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ розглядає структуру, організацію та діяльність організацій ФРМ в Європі.

Існує чотири головних органи – Секція з Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу медичних спеціалістів (ЄСМС), що є дуже близькою до Європейського Союзу, і яка прагне визначити професійні компетентності ФРМ, управління якістю та акредитацію, а також разом з Радою освітні питання. Європейський коледж ФРМ – в особі Ради ФРМ ЄСМС, та його основні напрями діяльності аналізуються нижче в розділі опису Ради Секції ФРМ ЄСМС. Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини (ЄТФРМ), головним чином, призначене для сприяння проведенню досліджень у сфері реабілітації та створення мережі знань з ФРМ в Європі. Європейська академія реабілітаційної медицини в основному присвячена визначенню етичних аспектів реабілітації та пошуку стратегій для кращих освітніх підходів у реабілітації.

Існує ще 2 органи (регіональні форуми), метою яких є створення мостів через Середземноморський регіон (Mediterranean Forum of PRM) та по всій північній Європі, включаючи східні країни, такі як Росія, Білорусь та Україна (Baltic and North Sea Forum of PRM). Для підтримки знань в Європі існують 7 основних журналів, присвячених реабілітації зі зростаючим імпаکت-фактором.

Нарешті, але не менш важливо, Органи ФРМ мають важливу роль у всьому світові, що пов'язано з International Society of PRM та ВООЗ. Секція ЄСМС затвердила рух міжнародного співробітництва.

На закінчення, діяльність ФРМ у Європі не обмежується офіційним кордоном, але до мережі входять східні країни та країни Середземномор'я. Європейська розгалужена мережа тісно пов'язана з міжнародними Органами ФРМ, насамперед International Society of PRM.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 5. The PRM organizations in Europe: structure and activities. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):198-213.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 5. Організації ФРМ в Європі: структура та діяльність. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 82-96.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, Наукові товариства, Публікації.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття

ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Впродовж багатьох років організація спеціальності Фізична та Реабілітаційна Медицина розвивалась, з одного боку, з метою покращення практичної діяльності, а з іншого - з метою її уніфікації в різних країнах Європи. У цьому розділі представ-

лені заходи та програми усіх відповідних європейських організацій. До них відносяться:

- Європейські Органи ФРМ, які об'єдналися для цього третього видання Білої книги, сформувавши Альянс Європейських Органів ФРМ: вони включають Європейську Академію Реабілітаційної Медицини, Європейське товариство ФРМ, Секцію ФРМ Європейського Союзу медичних спеціалістів (ЄСМС) та Європейський коледж ФРМ (в особі Ради ФРМ ЄСМС).
- Регіональні форуми: Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine та North Sea Forum of Physical and Rehabilitation Medicine.
- Національні товариства ФРМ в Європі.
- Європейські багатонаціональні журнали ФРМ. Наприкінці, представлена роль Європи у діяльності з ФРМ у всьому світі.

Європейські Органи ФРМ

Секція Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС)

Спеціальність була офіційно визнаною в 1968 році, коли в Женеві (Швейцарія) Експертний комітет з медичної реабілітації Всесвітньої організації охорони здоров'я оголосив про існування нової медичної дисципліни: Фізична медицина та реабілітація^{1,2}. Через три роки, у 1971 році, ЄСМС схвалила створення Секції під цим ім'ям. Більше історичних деталей розвитку ФРМ та створення Секції ФРМ ЄСМС було описано в Розділі 4 вище. З 2001 року Секція була реорганізована для обслуговування численних потреб спеціальності в рамках Європейського Союзу³ (www.euro-prm.org). Вона поділялася на три комітети (Малюнок 1):

- Рада (Комітет з навчання та освіти з питань ФРМ)
- Комітет клінічних стосунків (для визначення та акредитації якості клінічної допомоги у ФРМ)

ДІЯЛЬНІСТЬ СЕКЦІЇ ФРМ ЄСМС, ОРГАНІЗОВАНА ПІД СУПЕРВІЗІЄЮ ТРЬОХ ОСНОВНИХ КОМІТЕТІВ

1. Комітет освіти = Європейська Рада ФРМ займається первинною та безперервною медичною освітою.
 - Навчальна програма та журнал для реєстрації навчання, Сертифікація Спеціалістів, Тренерів та Тренінгових центрів, акредитація європейських заходів безперервної медичної освіти/безперервного професійного розвитку
2. Комітет клінічних стосунків. Займається якістю допомоги в ФРМ.
 - Європейська програма акредитації якості допомоги в ФРМ
3. Комітет професійної практики. Займається сферою компетентностей спеціалістів ФРМ

Малюнок 1. Діяльність Секції ФРМ ЄСМС

- Комітет професійної практики (для визначення та захисту Сфери компетентностей лікарів ФРМ).

Рада та навчання у ФРМ

З 1991 року освітні стосунки Секції були надані новоствореному коледжу *Europeenne College de Medecine Physique et de Readaptation Fonctionnelle*, щоб виступати у якості Європейської Ради, відповідно до положень з підготовки спеціалістів ЄСМС. Коріння початку навчання трохи відрізняються в кожній країні, але, незважаючи на різні точки входу до програми підготовки спеціалістів, навчальний план на континенті має значну схожість. Європейська Рада ФРМ має завдання гармонізувати навчання спеціалістів у Європі, що підтримується Базельською декларацією та наступними документами ЄСМС⁴ та взяла на себе наступні функції:

- Європейський іспит для визнання навчання спеціалістів з подальшим отриманням статусу «fellow»;
- Безперервна медична освіта та безперервний професійний розвиток, що використовується для щодесятирічного підтвердження fellowship;
- Визнання європейських тренерів та навчальних центрів шляхом візитів на місця.

Кінцевою метою цієї гармонізації є підготовка спеціалістів, які можуть працювати в різних європейських системах охорони здоров'я, і забезпечення можливості національним медичним органам / роботодавцям визнання знань та досвіду спеціалістів, які пройшли навчання в іншій частині Європи. Всі аспекти Секції та Ради, включаючи навчальний план спеціальності, можна отримати на веб-сайті Секції за адресою www.euro-prm.org.

Комітет клінічних стосунків (ККС)

займається питаннями якості послуг ФРМ

Відповідно до декларацій ЄСМС⁵⁻⁷ цей комітет встановлює процедуру Європейської Акредитації програм з допомоги ФРМ (проголосованої у 2004 році)⁸. Не базуючись на юридичних зобов'язаннях або фінансових перевагах, єдиною метою цієї акредитації є ознайомлення людей у всій Європі з якістю послуг ФРМ, що пропонуються у Європі, та створення європейської культури якості ФРМ. Процедура акредитації спочатку була задумана, як простий засіб вибору програм допомоги, які відповідають певній кількості вимог, зокрема організаційних вимог. Процедура була заснована на онлайн опитувальнику, розміщеному на веб-сайті ФРМ ЄСМС, який потім мав бути представлений міжнародному журі, що складалось з п'ятьох членів. Питання стосувались цільової аудиторії програми, цілей та наукових основ, ролі лікаря ФРМ, засобів

реалізації, організації команди та оцінювання результатів. За 2 роки пілотної фази були акредитовані 13 програм. Після декількох висновків пілотної фази до системи опитувальників були внесені корективи, які переважно стосувались простоти та фактичного опису програми, що швидко стало більш важливим, ніж щось інше у формуванні думки журі. «Програма допомоги ФРМ» – структурна одиниця для опису діяльності нашої дисципліни, оцінки результатів та перемовин щодо фінансування. Програми, які вже були акредитовані, і всю інформацію про нову процедуру акредитації можна знайти онлайн на сайті www.euro-prm.org. Крім того, постійним процесом в ККС є визначення Європейських мінімальних вимог до клінічної практики.

Комітет професійної практики (КПП) займається питаннями сфери компетентностей, пов'язаної з ФРМ

Основною метою КПП було гарантування єдиної офіційно визнаної назви спеціальності “Фізична та реабілітаційна медицина” в Європі. Вираз “фізична і реабілітаційна медицина” або дуже близький еквівалент офіційно використовується у всіх країнах Європи. На жаль, Директива 2005/36 / ЄС Європейського Парламенту та Ради від 7 вересня 2005 р. “Про визнання професійних кваліфікацій”⁹ використовує термін “фізіотерапія”. На прохання КПП, ЄСМС стежив за цим питанням, щоб переконатись, що Європейська комісія прийме термін “фізична та реабілітаційна медицина”, після змінення старої Директиви на нову у 2013 році щодо визнання професійних кваліфікацій та назв медичних спеціальностей. За нове визначення ФРМ було проголосовано на Генеральній Асамблеї ЄСМС у м. Анталія (Туреччина) у жовтні 2003 року. Крім того, завдяки спільним діям національних делегатів Ради ЄСМС, наша Секція змогла отримати голос за поправку до Європейського визначення Медичного Акту, додавши слова “функціонування”, “реабілітаційний” та “етичний”¹⁰. Під поштовхом німецьких, швейцарських та австрійських делегатів, Секція ФРМ ЄСМС вирішила заохотити використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) у клінічній практиці (Ренн, Франція, 30 березня 2007). Робоча група з цього питання була створена спільно з Європейським товариством ФРМ (ЄТФРМ)¹¹.

Як тільки КПП був створений у 2001 році, його члени почали писати другу Білу Книгу, переглянувши першу Білу Книгу про ФРМ в Європі, яку було опубліковано в 1989 році трьома європейськими організаціями (Європейська федерація ФРМ, Європейська академія та Секція ЄСМС). Нова

Біла Книга призначена для опису стану спеціальності ФРМ у всіх його аспектах: назва, визначення, зміст та організація програм початкової освіти, демографія, безперервна освіта, наукові дослідження та публікації. Її спільно підготували Секція ФРМ ЄСМС та Європейський коледж (Рада) та Європейська академія реабілітаційної медицини спільно з Європейським товариством фізичної і реабілітаційної медицини (ЄТФРМ) та вона була опублікована спільно *Journal of Rehabilitation Medicine*¹² та *Europa Medicophysica*¹³. Це, третє видання призначене для демонстрації розвитку ФРМ в Європі.

Члени

Повне членство мають 28 членів Європейського Союзу разом з Швейцарією, Норвегією та Ісландією. Ізраїль, Сербія та Туреччина є асоційованими членами. Деякі інші європейські країни є спостерігачами (Монтенегро, Македонія, Боснія і Герцеговина, Грузія, Вірменія, Росія, Україна). У всіх цих країнах налічується понад 23000 підготовлених спеціалістів та резидентів. Отже, ЄСМС має велике завдання забезпечити відповідний зв'язок між усіма цими країнами на європейському рівні. Кількість лікарів ФРМ у різних країнах Європи значно відрізняється. Загальна структура послуг з ФРМ по всій Європі аналогічна, незважаючи на різницю між системами охорони здоров'я. Пропозиції щодо клінічних стандартів об'єднуються під час цього процесу у формі практики, що базується на “групах, пов'язаних зі здоров'ям”. Прикладом цієї останньої дії є створення Європейських Стандартів Практики для пацієнтів у підгострих закладах, Європейської картки для пацієнтів з вегетативною дизрефлексією, а також електронна книга зі сфери компетентностей, частина I та частина II, остання зараз розробляється.

Європейське товариство фізичної та реабілітаційної медицини (ЄТФРМ) (www.esprm.net)

Історичні деталі представлені у розділі 4. Місією ЄТФРМ є:

- Бути провідним науковим Європейським товариством лікарів у галузі фізичної та реабілітаційної медицини;
- Підвищити рівень знань про основи та управління активністю, участю та контекстуальними факторами осіб, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності;
- Покращити та підтримувати міцний зв'язок між дослідницькою та клінічною практикою у ФРМ. ЄТФРМ має членство як для окремих членів, які є лікарями ФРМ, так і для національних това-

риств ФРМ. На сьогоднішній день (2017) останні складають 35 членів (Австрія, Бельгія, Болгарія, Хорватія, Кіпр, Данія, Естонія, Фінляндія, Франція, Македонія, Грузія, Німеччина, Греція, Угорщина, Ірландія, Італія, Латвія, Литва, Люксембург, Монтенегро, Норвегія, Португалія, Польща, Боснія і Герцеговина, Румунія, Сербія, Словенія, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Нідерланди, Туреччина, Росія, Україна). Вона також має співпрацюючі товариства, що надходять із країн, поза межами Європи (Ізраїль, Йорданія) або структура яких не відповідає Статутам та нормам ЄТФРМ (Мальта).

Були створені наступні Спеціальні наукові комітети (SISC): (1) Громадське здоров'я, (2) Ортезування та протезування, (3) Настанови, (4) Люди з болем та обмеженнями життєдіяльності, (5) Люди з Паркінсоном / руховими розладами, (6) Люди з черепно-мозковими травмами, (7) Люди з м'язово-скелетними розладами, (8) Спортивні стосунки, (9) Роботи в реабілітації, (10) ФРМ у літніх людей, (11) Доказова медицина, (12) Люди з травмами спинного мозку, (13) Люди з інсультом, (14) Ультразвук у ФРМ та (15) Люди з розладами периферичної нервової системи. Наступні Конгреси, проведені Європейським товариством фізичної та реабілітаційної медицини, були основними подіями, на яких пропагувалась діяльність товариства в дослідницькій галузі: Відень (2004), Мадрид (2006), Брюгге (2008), Венеція (2010), Салоніки (2012), Марсель (2014) та Есторіл (2016). Крім того, роль Товариства змінюється у зв'язку з її співпрацею з іншими Європейськими Органами ФРМ, які працюють на європейському рівні у галузі фізичної та реабілітаційної медицини, а також на світовому рівні з ISPRM (International Society of PRM).

Académie Médicale Européenne de Médecine de Réadaptation / Європейська академія реабілітаційної медицини (ЄАРМ, www.aemr.eu)

Історичні деталі щодо Академії представлені в розділі 4.

Місією є:

- покращити всі аспекти реабілітації людей з обмеженнями життєдіяльності;
- бути орієнтиром у наукових, освітніх та гуманітарних аспектах ФРМ;
- займатися моральними та етичними дебатами;
- обмінюватись інформацією, що визначає область реабілітації та її термінологію;
- забезпечити, щоб освіта в реабілітації була частиною біографії;
- підтримати та допомогти у вдосконаленні досліджень в реабілітації;

- впровадити та захищати принципи реабілітації;
- та сприяти обміну резидентів та лікарів ФРМ між різними країнами.

Вона складається з максимум 50 старших академічних лікарів з усієї Європи, а академіки зосереджуються на гуманітарних та етичних питаннях в реабілітаційній медицині та обмеженнях життєдіяльності. Деякі напрацювання з етики є наступними:

1. Етичні проблеми, що виникли внаслідок більш тривалого виживання більшої кількості людей, які є цілком залежними та свідомими.
2. Виявлення прогнозу для паралізованого дорослого.
3. Етичні проблеми, спричинені сексуальністю у людей з обмеженнями життєдіяльності, які перебувають в інституційних установах.
4. Насильство та фізичні вади, опубліковані як коротке повідомлення. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2006.
5. *La réadaptation médicale des personnes âgées: défis et challenges humains, éthiques et médico-économiques Commission de Prospectives.*

ЄАРМ вважає, що реабілітацію можна краще зрозуміти і практикувати, якщо є доступ до найкращої інформації та якщо випущено серію монографій. Ці книги мають бути особливо корисними для молодих лікарів, які готуються до сертифікації Європейською Радою з ФРМ, для старших лікарів, які спеціалізуються в ФРМ та суміжних дисциплінах, які шукають інформацію та безперервну медичну освіту, а також для всіх членів реабілітаційної команди.

Книгами, що опубліковані в Колекції Академії Springer France є:

- *La Plasticité de la Fonction Motrice / The Plasticity of Motricity Function*; by J.P. Didier. Springer. 2004;
- *Sphincter Functioning / Les fonctions sphinctériennes*. by Amarenco G., Chantraine A. (Eds.) (2006);
- *Vocational Rehabilitation* by Gobelet Charles. Franchignoni Franco (2006);
- *Rehabilitation and palliation of cancer patients (Patient care)* by Hermann Delbruck (2007);
- *Rethinking physical and rehabilitation Medicine - New technologies induce new learning strategies* by Didier Jean-Pierre Bigand Emmanuel (2010);

Крім того, спеціально опублікована книга за фінансування Академії “*Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation: Views and Perspectives*” by M. Barat and F. Franchignoni була видана Mageri Foundation Books у 2005 р.

Протягом багатьох років ЄАРМ, спрямована на заохочення нових дослідників, створила щорічну премію Академії для публікації в галузі ФРМ (підтримана в минулому Swiss Paraplegic

Foundation та останніми роками некомерційною Foundation for Rehabilitation Information разом із Journal of Rehabilitation Medicine). Приз офіційно присуджується на кожному Європейському Конгресі фізичної та реабілітаційної медицини.

Регіональні форуми

Регіональні Форуми з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ):

Mediterranean Forum of PRM (MFPRM) і Baltic and North Sea Forum of PRM (BNF-PRM)

У травні 1996 року в Герцлії, Ізраїль, був організований I Середземноморський Конгрес з ФРМ під гаслом “Реабілітація без кордонів”, спрямований на популяризацію ФРМ у всьому світі та якості життя людей з обмеженнями життєдіяльності у районі Середземноморського басейну. Під час цього з’їзду відбулося засідання під назвою: “Чи є життєздатним Середземноморське Товариство ФРМ?”^{14,15}. Було вирішено організувати щодворічний Середземноморський Конгрес, та II Конгрес було організовано в 1998 році в Валенсії. Mediterranean Forum of Physical and Rehabilitation Medicine (MFPRM) було створено на III Конгресі в Афінах у 2000 році, а його членами є індивідуальні лікарі ФРМ із країн Середземномор’я або країн, що знаходяться поруч із ними. З того часу Середземноморський Конгрес проводився в Сиракузах (2002), Анталії (2004), Віламурі (2006), Порторозі (2008), Лімасолі (2010), Сорренто (2012), Будві (2013), Олександрії (2015) та Мальті (2017). Базуючись на досвіді MFPRM, обговорення Балтійського Форуму розпочалося у 2003 році¹⁶. Установчі збори були проведені в Ризі у вересні 2007 року, і було прийнято рішення включити до форуму також зону Північного моря. Було вирішено, що Форум буде базуватися на індивідуальному членстві. З березня 2010 Baltic and North Sea Forum on Physical and Medical Rehabilitation (BNF-PRM) був офіційно зареєстрований у Латвії. У вересні 2009 р. у Вільнюсі була прийнята політична декларація¹⁶, а нинішня організація має виконавчу раду, наглядову раду та чотири комітети. Є дві основні причини існування BNF-PRM. Перша полягає в тому, що Прибалтика і Північне море - це регіон з 16 країнами, що мають різні мови та традиції, а також різні системи охорони здоров’я, що призводить до розбіжностей у підходах та стратегії реабілітації. Другою причиною для BNF-PRM є політична історія регіону. Він був поділений так званою “залізною завісою”, і практично не було особистих контактів між колегами, що жили на різних боках кордону, і тому не було наукового спілкування та обміну.

Очевидно, що існують основні принципи, що є загальними для MFPRM та BNF-PRM. Основними цілями BNF-PRM та MFPRM є^{16,17}:

1. спілкуватися та обмінюватися знаннями у галузі фізичної та реабілітаційної медицини;
2. створювати та оцінювати принципи діяльності з фізичної та реабілітаційної медицини та обговорювати найкращу практику;
3. стимулювати створення мереж для наукових проектів щодо різних аспектів досліджень в реабілітації, багатоцентричних досліджень та проектів;
4. підтримувати освіту та навчання у сфері ФРМ та сприяти обміну молодими лікарями та вченими, *напр.* періодично організовувати конгреси;
5. впливати на національні уряди з включення питань реабілітації до національної стратегії охорони здоров’я;
6. надавати можливість особистих контактів;
7. співпрацювати з національними та міжнародними науковими органами ФРМ.

Ці два Регіональні Форуми поширюють культуру ФРМ поза кордонами Європейського співтовариства. На півдні до Північної Африки та Західної Азії (MFPRM), а на півночі - через колишню “залізну завісу”, в тому числі Росію та інші країни (BNF-PRM). Обидва Форуми організовують наукові конгреси¹⁸⁻²¹ та літні школи для резидентів ФРМ та молодих спеціалістів. The Euro-Mediterranean PRM Haim Ring School проводиться щороку в Сиракузах за сприяння SIMFER, ЄСМС, ЄТФРМ та MFPRM²². У серпні 2014 року була організована перша Ризька літня школа. “European Journal of PRM” із підзаголовком “Mediterranean Journal of PRM” є офіційним журналом MFPRM, а Journal of Rehabilitation Medicine є офіційним журналом BNF-PRM. Веб-сайт MFPRM - www.mfprm.org; веб-сайт BNF-PRM - www.bnfprm.org². MFPRM та BNF-PRM є унікальними та постійно зростаючими товариствами ФРМ, які діють на добровільній основі для досягнення наукової, культурної та гуманітарної місії: розробка та гармонізація “Реабілітації за кордоном”. Ці Форуми спрямовані на створення мостів взаєморозуміння та співпраці між Європою та іншими країнами, що сприяють кращим та мирним регіонам “без кордонів”.

Національні товариства Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі

У Європі національні товариства відіграють основну роль у розвитку Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські Органи існують для підтримки національних товариств у їхньому завданні щодо розвитку ФРМ в економіці охорони

здоров'я своїх країн, професійних організаціях та академічних структурах.

Кожна європейська країна має національне товариство з Фізичної та Реабілітаційної Медицини з різними назвами та різним історичним походженням. Роль Європейських Органів полягає в тому, щоб гармонізувати практику ФРМ та освіту в Європі та національних товариствах, впроваджувати європейські стандарти відповідно до їх специфічного та місцевого досвіду.

Проблема виникає, коли в одній країні існує більш ніж одне товариство ФРМ, та іноді важко знайти делегатів для їх представлення.

Крім того, національні товариства організовуються по-різному в різних країнах: у деяких є одне товариство, яке охоплює всі аспекти (*напр.* Нідерланди). В інших існують різні товариства (*напр.* Італія, Бельгія, Франція), що охоплюють відповідно наукові, професійні та синодальні питання.

Роль Європейських Органів полягає в тому, щоб гармонізувати практику ФРМ та освіту по всій Європі та національних суспільствах для проведення імплементації європейських стандартів відповідно до їх конкретного місцевого досвіду.

Усі національні товариства країн-членів мають своїх делегатів у Секції та Раді ФРМ ЄСМС та беруть участь у регулярних генеральних асамблеях, які організовуються двічі на рік.

Зазвичай протягом того ж тижня відбувається зустріч делегатів ЄТФРМ, де на асамблеї присутні представники всіх товариств - членів та індивідуальні члени.

Члени «Європейської академії реабілітаційної медицини» не пов'язані безпосередньо з національними товариствами, але долучаються напряму після розгляду Академією індивідуальної заяви.

ФРМ визнається основною службою в кожній з держав-членів Великого європейського простору, а нові асоційовані країни та країни-спостерігачі також приймають ті самі принципи.

Більшість національних товариств спеціалістів Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі є членами Європейського товариства ФРМ. Насправді однією з цілей Європейської федерації фізичної медицини та реабілітації, яка була заснована в 1963 році, була популяризація в кожній європейській країні національного наукового товариства ФРМ та організації, яка захищає загальні інтереси лікарів ФРМ. У 2003 році, коли була засновано ЄТФРМ, як правонаступниця Європейської федерації ФРМ, був 21 член – національне товариство. У деяких країнах, як Латвія та Туреччина, є більше ніж одне Національне товариство лікарів ФРМ. Це дуже обнадійливо та інформативно стосовно зростаючого впливу ЄТФРМ, що зростає зацікав-

леність НТ щодо приєднання до ЄТФРМ. У 2015 р. приєдналися товариства Росії та України, які охоплюють велику кількість “лікарів-фізіотерапевтів” та інших пов'язаних медичних спеціалізацій, з навчальними програмами, що відрізняються від європейської спеціалізації ФРМ. З метою гармонізації навчальної програми з спеціалізації, в них відбувається перехід на європейську модель спеціальності за підтримки Секції та Ради ФРМ ЄСМС.

ЄТФРМ включає не тільки національні товариства країн-членів Європейського Союзу, але, як це видно з переліку членів, до їх складу входять майже всі європейські країни.

У 2016 році ЄТФРМ налічував 17238 активних членів національних товариств. Відсоток лікарів ФРМ, які є членами їх національного товариства, різняться між країнами. Наприклад, у Німеччині лише 21% лікарів ФРМ є членами Німецького товариства ФРМ, тоді як у Італії цей відсоток досягає 80% та 95% у Великій Британії. У деяких національних товариствах також є інші медичні спеціалісти та інші фахівці, як повні або асоційовані члени (*напр.* Австрія, Чехія, Угорщина, Ірландія, Польща, Росія, Словаччина, Швейцарія, Велика Британія та Мальта)

В європейських країнах налічується 20655 лікарів ФРМ. Кількість лікарів ФРМ по всій Європі значно відрізняється, а в таблиці I представлені демографічні дані. Кількість лікарів ФРМ на 100000 жителів також коливається в різних країнах - від 10,4 (в Естонії) до 0,2 (в Ірландії, Мальти та Великій Британії).

Інтерес до спеціальності зростає на європейському рівні – відсоток резидентів від кількості лікарів ФРМ коливається від 36% у Великобританії до 2% у Росії. Це, зазвичай, залежить від престижу та позиції спеціальності серед інших медичних спеціальностей та потреб реабілітації населення. Інші країни з більшою кількістю резидентів, порівняно з практикуючими лікарями ФРМ – Словенія 32%, Норвегія 19%, Нідерланди 22%, Туреччина 22% (Таблиця I).

У Європі існують національні товариства з дуже давніми традиціями, заснованими в 1920-х роках, такими як Romanian Society of Rehabilitation Medicine. Інші товариства з довгою історією - Turkish League against Rheumatism (з 1947), Croatian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (з 1947), Austrian Society of Physical Medicine and Rehabilitation (з 1950), Spanish Society of Physical and Rehabilitation Medicine (з 1954). Існують також молоді суспільства, подібні до України та Мальти, засновані в 2014 році. Як давня спеціальність у всіх європейських країнах лікарі

Таблиця І. Епідеміологія спеціальності Фізична та Реабілітаційна Медицина в Європі. ФРМ: Фізична та Реабілітаційна Медицина. Показники кількості лікарів та спеціалістів отримані в Eurostat (онлайн коди даних: hlth_rs_prs1 та hlth_rs_spec). *Загальна кількість та загальні відсотки враховані тільки для доступних даних.

	Населення	Лікарі		Спеціалісти		Практикуючі лікарі ФРМ		Резиденти з ФРМ		% лікарів ФРМ
	тисяч мешканців	N	N	% серед лікарів	N	% серед спеціалістів	% серед лікарів	N	% серед лікарів ФРМ	на 100 000 мешканців
Австрія	8474	44002	22204	50%	343	1,5%	0,8%			4,05
Бельгія	11200	34020	19399	57%	550	2,8%	1,6%	68	12	4,91
Болгарія	7090	29038	23191	80%	450	1,9%	1,5%	29	6	6,35
Хорватія	4253	13430	9355	70%	397	4,2%	3,0%	53	13	9,33
Кіпр	1141	3032	2056	68%	9	0,4%	0,3%			0,79
Чеська Республіка	10520	38776	38499	99%	816	2,1%	2,1%	100	12	7,76
Данія	5614	20639	9092	44%						
Естонія	1325	4052	3297	81%	137	4,2%	3,4%			10,34
Фінляндія	5439	17511	9953	57%	240	2,4%	1,4%			4,41
Франція	66030	207789	112100	54%	1927	1,7%	0,9%	340	18	2,92
Македонія	2107	5975	3612	60%	130	3,6%	2,2%	16	12	6,17
Грузія	10100	20000	10000	50%	400	4,0%	2,0%	15	4	3,96
Німеччина	80620	338129	188476	56%	1800	1,0%	0,5%	150	8	2,23
Греція	11030	68401	47531	69%	210	0,4%	0,3%	35	17	1,90
Угорщина	9897	30486	25000	82%	350	1,4%	1,1%	30	9	3,54
Ірландія	4595	13446	5590	42%	11	0,2%	0,1%	2	18	0,24
Ізраїль	7940	27000			150		0,6%	40	27	1,89
Італія	59801	233102	162281	70%	3500	2,2%	1,5%	490	14	5,85
Латвія	2013	6324	4699	74%	130	2,8%	2,1%	20	15	6,46
Литва	2956	12605	9026	72%	398	4,4%	3,2%	38	10	13,46
Люксембург	536	1656	1067	64%	16	1,5%	1,0%	1	6	2,99
Мальта	432	1636	817	50%	1	0,1%	0,1%			0,23
Монтенегро	631	1466	1045	71%	55	5,3%	3,8%	2	4	8,72
Нідерланди	16800	58858	30918	53%	550	1,8%	0,9%	120	22	3,27
Норвегія	5282	22848	8683	38%	261	3,0%	1,1%	50	19	4,94
Польща	38530	88437	68609	78%	2047	3,0%	2,3%	160	8	5,31
Португалія	10296	47792	22323	47%	550	2,5%	1,2%	100	18	5,34
Румунія	19322	54807	36971	67%	800	2,2%	1,5%			4,14
Росія	143436				1730			380	22	1,21
Сербія	8806	21840	13658	63%	693	5,1%	3,2%	34	5	7,87
Словаччина	5431	18719	22100	118%	537	2,4%	2,9%	90	17	9,89
Словенія	2072	5830	3685	63%	78	2,1%	1,3%	25	32	3,76
Іспанія	46054	178600	103325	58%	2000	1,9%	1,1%	350	18	4,34
Швеція	9876	40637	20573	51%	260	1,3%	0,6%	40	15	2,63
Швейцарія	8420	36762	18621	54%	227	1,2%	0,7%	35	15	2,70
Туреччина	79791	141259	6956	5%	2300	33,1%	1,6%	505	22	2,88
Україна	44500	160912	89560	56%	0	0,0	0,0	0	0	0,00
Велика Британія	65180	181673	121211	67%	159	0,1%	0,1%	58	36	0,24
РАЗОМ*	817540	2229489	1275483	58%	24212	1,8%	1,0%	3376	15	2,96

фізичної та реабілітаційної медицини створили свої професійні та наукові організації (Таблиця II).

Головною метою національних товариств ФРМ є сприяння розвитку Фізичної та Реабілітаційної Медицини та забезпечення доброї реабілітаційної допомоги особам, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, пропагування спеціальності ФРМ та професії ФРМ, а також розвиток реабілітаційних служб. Місія та діяльність товариств включають пропаганду розвитку наукових знань щодо реабілітації, схвалення наукових досліджень, просування освіти в реабілітації та

популяризація ідеї комплексної реабілітації на користь тих, хто цього потребує, підвищуючи кваліфікацію членів.

Деякі товариства мають переважно наукові та освітні цілі, пов'язані з професійним розвитком спеціалістів, а інші займаються захистом професійних інтересів лікарів ФРМ, визначають компетентності лікарів ФРМ, їх стосунки з іншими членами команди, з іншими медичними лікарями та іншими фахівцями охорони здоров'я. Вони зосереджуються на створенні клінічних настанов, клінічних стандартів належної практики та сприяють спеці-

Таблиця II. Назви національних наукових та професійних товариств Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі та їх офіційні журнали.

Країна	Національне товариство	Назва наукового товариства на локальній мові	Рік заснування	Назва професійного товариства	Журнал
Австрія	Austrian Society of Physical Medicine and Rehabilitation	Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation	1950	NA	
Бельгія	Belgian Society of Physical Medicine and Rehabilitation	Société Royale Belge de Médecine physique et Réadaptation Koninklijke Belgische Vereniging Voor Fysische Geneeskunde & Revalidatie	1910	VBS FGR/GBS MPR	
Боснія та Герцеговина	Association of Physiatrists of Republic of Srpska	Udruženje Fizijatara Republike Srpske	2000	NA	
Болгарія	Association of Physical Medicine and Rehabilitation	Асоциация по Физикална медицина и рехабилитация	1964	NA	Fizikalna Medisina. Rehabilitasija. Sdrave
Хорватія	Croatian Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, Hrvatski liječnički zbor	1947		Fizikalna i rehabilitacijska medicina
Кіпр	Cyprus Society of Physical Medicine and Rehabilitation	Κυπριακή Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.	1987	NA	
Чеська Республіка	Society of Rehabilitation and Physical Medicine of Czech Medical Association of J.E. Purkyne	Společnost Rehabilitační a Fyzikální Medicíny (SRFM)	1967		Rehabilitace a Fyzikalni Lekarstvi
Данія	Estonian Society of Physical and Rehabilitation Medicine Doctors	Eesti Taastusarstide Selts	1992		
Фінляндія	Finnish Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Societas Medicinae Physicallis et Rehabilitationis Fenniae ry	1956		
Франція	French society of Physical and Rehabilitation Medicine	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation SOFMER	1974	French Union of Physical and Rehabilitation Medicine - Syndicat français de MPR (SYFMER)	Annals of Physical and Rehabilitation Medicine
Македонія	Association of doctors for physical medicine and rehabilitation	Sdrusenie na doktori po fizikalna medicina I rehabilitacija	1955		
Грузія	Georgian Physical Therapy association	საქართველოს ფიზიოთერაპევტთა ასოციაცია	2003	Georgian Physical Medicine Association	
Німеччина	German Society for Physical Medicine and Rehabilitation - Scientific Society for Physical Medicine and Rehabilitation, Balneology and Medical Climatology (DGPMR)	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation		Professional Association of Physical and Rehabilitation Medicine (BVPRM) - Berufsverband der Rehabilitationsartse	Physikalische Medizin Rehabilitationmedicin Kurortmedizin Journal of Physical and Rehabilitation Medicine
Греція	Hellenic Society of Physical and Rehabilitation Medicine (HSPRM)	Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΕΕΦΙΑπ)	1974	NA	European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine
Угорщина	Hungarian Rehabilitation Society	Magyar Rehabilitációs Társaság	1966		Rehabilitáció
Ірландія	Irish Association of Rehabilitation Medicine	Irish Association of Rehabilitation Medicine	1989		
Ізраїль	Physical Medicine and Rehabilitation	ושיקום פיזיקלית רפואה	1948		
Італія	Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine	SIMFER Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione	1958	Italian Union of Physical and Rehabilitation Medicine physicians - Sindacato italiano Medici Medicina Fisica e Riabilitativa - SIMMFiR	European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine
Латвія	Latvian Society of The Physical and Rehabilitation Medicine Doctors	Latvijas Fizikālās Un Rehabilitācijas Medicīnas Ārstu Biedrība	1998	the Association of Latvian Rehabilitation physicians - Latvijas ārstu Rehabilitologu asociācija	
Литва	Люксембург	Luxemburgish Society of Physical and Rehabilitation Medicine			
		Société luxembourgeoise de médecine physique et de réadaptation	1993		

Таблиця II. Назви національних наукових та професійних товариств Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі та їх офіційні журнали (продовження).

Країна	Національне товариство	Назва наукового товариства на локальній мові	Рік заснування	Назва професійного товариства	Журнал
Мальта	Malta Physical & Rehabilitation Medicine Association	Malta Physical & Rehabilitation Medicine Association	2013		
Монтенегро					
Нідерланди	Netherlands Society of Rehabilitation Medicine	Vereniging van Revalidatieartsen	1955		Nederlands Tijdschrift Revalidatiegeneeskunde (NTR).
Норвегія	The Norwegian Society of Physical Medicine and Rehabilitation	Norsk Forening for Fysikalsk medisn og Rehabilitering. NFFR.	1977	The Norwegian Association of Physical and Rehabilitation medicine - Norsk Forening for Fysikalsk medisn og Rehabilitering (NFFR)	
Польща	Polish Rehabilitation Society	Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	1989		Postępy Rehabilitacji (eng. Advances in Rehabilitation)
Португалія	Portuguese Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação	1953		Revista da Sociedade Portuguesa MFR
Румунія	Romanian Society of Rehabilitation Medicine	Societatea Romana de Reabilitare Medicala	1922		Romanian Journal of Rehabilitation Medicine
Росія	All-Russian Union Rehabilitors (ARUR)	Союз реабилитологов России (СРР)	2013		"Herald of Regenerative medicine"
Республіка Сербія	Serbian Association of Physical and Rehabilitation Medicine	Udruženja za fizikalnu i rehabilitacionu medicinu Srbije	1952		Balneoclimatology
Словаччина	Slovak Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Slovenská spoločnosť fysiatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie	1975		Rehabilitácia
Словенія	Slovenian Society for Physical and Rehabilitation Medicine	Slovensko Sdruzenje sa fizikalno in rehabilitacijsko medicino	1998		Rehabilitacija
Іспанія	Spanish Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física	1954		Rehabilitación
Швеція	Swedish Society of Rehabilitation Medicine	Svenst Forening for Rehabilitering medicin	1969		Journal of Rehabilitation Medicine
Швейцарія	Swiss Society of Physical and Rehabilitation Medicine	German: Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation French: Société Suisse de Médecine physique et de Réadaptation Italien : Società Svizzera di Medicina fisica e Riabilitazione	1930		
Туреччина	1. Turkish League Against Rheumatism	1. Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği	1947		Archives of Rheumatology
	2. Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation	2. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği	1958		Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation
	3. Turkish Society of Rehabilitation Medicine	3. Türk. Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneği	1978		
	4. Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation Specialists	4. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği	1996		Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences
Україна	Ukrainian Society of Physical and Rehabilitation Medicine	Громадська організація "Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини"	2014		Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини
Велика Британія	British Society of Rehabilitation Medicine	British Society of Rehabilitation Medicine	1984		Clinical Rehabilitation

альності для проведення необхідних досліджень для її подальшого розвитку. Є товариства, які охоплюють усі ці поля. Національні товариства ФРМ організують регулярні наукові заходи на ФРМ-конференціях та конгресах і відповідають за безперервну медичну освіту.

Сила товариств полягає в тому, що вони включають в себе все більшу кількість лікарів ФРМ, які присвятили себе розвитку ФРМ, для підвищення наукового рівня та діяльності, дуже добре організованих конгресів та безперервної медичної освіти, гарного співробітництва з іншими національними та міжнародними товариствами, установами та організаціями, що залучені до реабілітації.

Слабкість зазвичай включає низький або важкий зв'язок з урядом та фінансовими інституціями, недостатньою активністю та силою у захисті професійних інтересів лікарів ФРМ та, в деяких країнах – низький рівень комунікації з іншими спеціалістами, та непостійну кількість активних членів.

Більшість національних товариств випускають власний науковий журнал. Інші, такі як і Грецьке товариство, використовують *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, як національний журнал. Деякі з національних журналів беруть участь у Європейській мережі журналів ФРМ, яка була заснована у 2010 році з основними цілями створення максимально широкої аудиторії друкованих праць, опублікованих у європейських журналах (Таблиця II).

Наукові заходи ФРМ та їх представництво в Європі – мультинаціональна ФРМ Європи

Наукові журнали є ключовими гравцями ФРМ в Європі, оскільки вони слугують розвитку науки та досліджень у нашій галузі. Очевидно, що журнали відіграють міжнародну роль у тому, що вони публікують, але в ФРМ існує щонайменше два основних чинники, які визначають місцезнаходження журналу. Насправді, Фізична та Реабілітаційна Медицина є “науково” молодішою²³, і традиції продовжують відігравати певну роль у втручаннях, доказовість яких не є високою, але які, незважаючи на це, пропонуються в певних географічних районах (*напр.* деякі модальності, бальнеологія, спатерапія тощо). Більше того, у ФРМ контекстуальні фактори відіграють важливу роль у визначенні місцевих терапевтичних пропозицій^{24,25}: у той час, як Європа в цілому відрізняється від інших континентів, все ще існують відмінності між північчю та півднем, а також західною та східною Європою. Все це може мати вплив на європейські журнали.

ЄТФРМ кілька років тому вирішив визначити «Основні журнали ФРМ» відповідно до специфічних та суворих критеріїв^{26,27}: у 2008 році був створений перший блок з 3 європейських журналів (*Journal of Rehabilitation Medicine, Clinical Rehabilitation, Disability and Rehabilitation*) та були додані також 2 американські журнали. За кілька років, у 2013 році, цей список розширився, включивши ще 2 європейських журнали (*European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* та *International Journal of Rehabilitation Research*). Протягом цих років також створено Європейську мережу національних журналів, але вона була не повністю розвиненою^{28,29}.

Всі Європейські Органи мають свої офіційні журнали, і ми спочатку розглянемо їх: потім ми представимо інші мультинаціональні журнали, тобто ті, які мають інтерес у більш ніж одній країні. Стан найбільш важливих індексів європейських журналів за останні роки наведений в Таблиці III. Їх основні показники наведені в Таблиці IV та основний зміст – в Таблиці V. Представництво країн – в Таблиці VI.

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine (APRM) – офіційний журнал Секції ФРМ ЄСМС

Журнал індексується в MEDLINE, Web of Science та SCImago.

Категорії робіт включають: оригінальні клінічні, епідеміологічні та дослідницькі статті, оглядові статті, редакційні статті та настанови. На розсуд головного редактора, 20-30% опублікованих робіт негайно надається вільний доступ. Всі публікації потрапляють до вільного доступу за один рік. Публікації в *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* є безкоштовними.

European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (EJPRM) – офіційний журнал ЄТФРМ та Секції та Ради ФРМ ЄСМС

Журнал індексується в CINAHL, Current Content / Clinical Medicine, EMBASE, PubMed / MEDLINE, Index Cited Index Expanded (SciSearch), Scopus.

Категорії робіт включають: оригінальні статті, систематичні огляди та мета-аналізи, настанови, спеціальні статті, клінічні випадки та листи. З червня 2007 року він регулярно публікує Кокранівські обзори та Cochrane Corner. EJPRM вимагає, щоб автори дотримувалися настанов щодо публікацій (www.equator-network.org).

Області інтересів: клінічні статті у всіх субспеціальностях ФРМ (неврологічні, м'язово-скелетні,

Таблиця IIIA. Два головних бібліометричних індекси журналів фізичної та реабілітаційної медицини з міжнародним поширенням в Journal Citation Report (категорія «rehabilitation», 2012-2016)

	Імпакт-фактор за 2 роки (позиція серед 65)					Імпакт-фактор без самоцитування (позиція серед 65)				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Ann Phys Rehabil Med	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eur J Phys Rehabil Med	2.06 (15)	1.95 (14)	1.90 (17)	2.06 (12)	1.83 (20)	1.69 (14)	1.50 (21)	1.47 (23)	1.77 (13)	1.76 (17)
J Rehabil Med	2.13 (14)	1.89 (16)	1.68 (23)	1.59 (25)	1.68 (27)	1.88 (11)	1.72 (14)	1.52 (20)	1.46 (26)	1.53 (28)
Clin Rehabil	2.19 (13)	2.18 (11)	2.249 (10)	2.40 (10)	2.82 (9)	2.09 (9)	2.02 (11)	2.06 (10)	2.25 (8)	2.61 (8)
Int J Rehabil Research	1.05 (43)	1.14 (39)	1.28 (37)	1.25 (40)	1.26 (38)	0.98 (37)	0.94 (41)	1.14 (35)	1.11 (36)	1.1 (41)
Phys Med Rehab Kuror Rehabilitaci3n (Madr.)	0.26 (59)	0.45 (59)	0.33 (62)	0.25 (64)	0.26 (63)	0.11 (61)	0.28 (59)	0.27 (61)	0.14 (64)	0.19 (63)
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця IIIB. Два головних бібліометричних індекси журналів фізичної та реабілітаційної медицини з міжнародним поширенням в Scitago Data Base (категорія «rehabilitation», 2012-2016)

	Цитувань на документ - 2 роки (позиція серед 119)					Рейтинг журналу у Scopus SCImago (позиція серед 119)				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Ann Phys Rehabil Med	1.41 (34)	1.40 (35)	1.50 (34)	1.80 (22)	1.69 (22)	0.59 (31)	0.54 (39)	0.47 (44)	0.51 (45)	0.58 (38)
Eur J Phys Rehabil Med	2.23 (15)	2.24 (15)	2.20 (15)	2.23 (11)	1.70 (21)	0.72 (23)	0.73 (23)	0.82 (18)	0.78 (22)	0.81 (17)
J Rehabil Med	2.73 (7)	2.32 (13)	1.99 (20)	1.84 (19)	1.81 (16)	1.20 (8)	1.03 (12)	1.07 (10)	0.91 (14)	0.90 (14)
Clin Rehabil	2.48 (9)	2.64 (9)	2.99 (8)	2.72 (9)	2.42 (9)	1.17 (10)	0.99 (15)	1.12 (7)	1.14 (9)	1.19 (8)
Int J Rehabil Research	1.23 (36)	1.37 (37)	1.42 (36)	1.44 (34)	1.37 (33)	0.513 (35)	0.50 (44)	0.61 (34)	0.57 (39)	0.62 (33)
Phys Med Rehab Kuror Rehabilitaci3n (Madr.)	0.27 (78)	0.32 (72)	0.26 (87)	0.22 (88)	0.27 (83)	0.164 (83)	0.19 (79)	0.17 (85)	0.18 (84)	0.19 (81)
	0.18 (88)	0.06 (104)	0.15 (96)	0.11 (99)	0.13 (95)	0.14 (91)	0.10 (113)	0.13 (98)	0.11 (102)	0.12 (99)

Таблиця IV. Основні показники журналів фізичної та реабілітаційної медицини з міжнародним поширенням

	Мова	Випусків на рік	Рівень відмов	Час до першої відповіді (днів)	Час до публікації (місяців)
Ann Phys Rehabil Med	Англійська	6	75%	30	4
Eur J Phys Rehabil Med	Англійська	6	73%	30	7
J Rehabil Med	Англійська	10	65%	30	2
Clin Rehabil	Англійська	12	86%	14	2
Int J Rehabil Research	Англійська	4	70%	7	6
Phys Med Rehab Kuror	Німецька та Англійська	6			
Rehabilitaci3n (Madr.)	Іспанська (Англійська приймається)	4	56%	60	Електронна: 10 Друк: 11

Таблиця V. Тематичний зміст європейських журналів в 2015р.

	Неврологічна	М'язово-скелетна	Кардіо - пульмонарна	Загальна реабілітація	Інше
Ann Phys Rehabil Med	40%	25%	20%	10%	5%
Eur J Phys Rehabil Med	37%	35%	8%	11%	9%
J Rehabil Med	55%	23%	4%	20%	3%
Clin Rehabil	48%	28%	4%	6%	14%
Int J Rehabil Research	37%	25%	1%	25%	12%
Phys Med Rehab Kuror Rehabilitaci3n (Madr.)	34%	24%	12%	15%	15%

Таблиця VI. Географічне представництво європейських журналів

	Європа	Країни (%)				
		I	II	III	IV	V
Ann Phys Rehabil Med	65%	Франція	США	Канада	Бельгія	Німеччина
Eur J Phys Rehabil Med	58%	Італія (35%)	Туреччина (6%)	Німеччина (6%)	Бразилія (5%)	Франція (5%)
J Rehabil Md	60%	Нідерланди (16%)	Швеція (11%)	Австралія (7%)	Данія (5%)	США (5%)
Clin Rehabil	49%	Велика Британія (18%)	Китай (9%)	Нідерланди (8%)	Австралія (7%)	Канада (6%)
Int J Rehabil Research	64%	Італія (15%)	США (7%)	Нідерланди (6%)	Швеція (6%)	Австралія (5%)
Phys Med Rehab Kuror Rehabilitación (Madr.)	81%	Іспанія (78%)	Колумбія (11%)	Чілі (4%)	Швейцарія (4%)	-

кардіо-пульмонарні, педіатричні, загальна реабілітація тощо). З 2006 року (вперше серед журналів ФРМ у всьому світові) надає читачам відкритий безкоштовний онлайн доступ до повнотекстових публікацій.

Journal of Rehabilitation Medicine (JRM) – офіційний журнал Ради ФРМ та ЄАРМ

Журнал індексується в MEDLINE, PubMed. Категорії робіт включають: оригінальні статті, огляди, клінічні випадки, короткі повідомлення, короткі доповіді та листи. Області інтересів: функціональне оцінювання та інтервенційні дослідження, клінічні дослідження різних груп пацієнтів, методологія ФРМ, епідеміологічні дослідження з вивчення обмежень життєдіяльності та звіти про професійні, соціально-медичні аспекти реабілітації. З 2017 р. Journal of Rehabilitation Medicine стане повністю онлайн-журналом з негайним відкритим доступом з фактичного відкритого доступу після 6 місяців

Clinical Rehabilitation (CR)

Журнал індексований (серед інших) ASCIA, CINAHL, Current Contents / Clinical Medicine, EMCare, MEDLINE, PsycINFO, Science Citation Index, Scopus.

Категорії робіт включають: оригінальні статті, систематичні огляди, кореспондентські статті “Реабілітація на практиці”, що стосуються опублікованих робіт та коротких доповідей. Області інтересів: встановлення цілей, описи втручань, доказова реабілітація, теоретична база для реабілітації. Редактор завжди визначає, чи є стаття актуальною для практикуючого клініциста будь-якої професії. Він охоплює функціональні розлади, всі віки, будь-яке втручання та всі методи. Відкритий доступ доступний за плату.

International Journal of Rehabilitation Research

Журнал індексується в PubMed / MEDLINE, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Current Contents (Social & Behavioural

Sciences and Clinical Medicine), Scopus, SCImago, Engineering information та PsycINFO. Він є членом Committee on Publication Ethics (COPE), метою якого є визначення найкращої практики етики наукових публікацій (www.publicationethics.org). Категорії робіт включають: оригінальні статті, оглядові статті, короткі доповіді, клінічні випадки та листи. Області інтересів: функціонування та обмеження життєдіяльності протягом усього життєвого циклу; реабілітаційні програми для осіб з фізичними, сенсорними, психічними обмеженнями життєдіяльності та обмеженнями життєдіяльності, що пов'язані з розвитком, вимірювання функціонування та обмежень життєдіяльності, спеціальна освіта та професійна реабілітація, обладнання, доступність та транспортування, інформаційні технології, незалежне життя, споживчі, юридичні, економічні та соціально-політичні аспекти функціонування, обмежень життєдіяльності та контекстуальних факторів. Журнал доступний через індивідуальну та інституційну передплату, яка доступна через Ovid у закладах по всьому світові.

Physikalische Medizin – Rehabilitationsmedizin in – Kurortmedizin - Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (JPRM)

Журнал індексується в Scopus та Science Citation Index Expanded. Категорії робіт включають: оригінальні дослідження, клінічні випадки та огляди, настанови та освітні статті, матеріали для безперервної медичної освіти, тези конгресів, новини товариства, редакційні матеріали та резюме останніх досліджень. Області інтересів: наукові та освітні статті як у фізичній медицині, так і в реабілітації. Рецензовані та прийняті статті публікуються в Інтернеті перед друком, для забезпечення швидкого поширення знань.

Rehabilitación (Madr.) (RM)

Журнал індексується в Eventline, Bibliomed, Sedbase, Cumulative Index to Nursing and Allied



Малюнок 2. Шляхи політичного впливу на Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) неурядовими організаціями (НВО) шляхом офіційних відносин. CST: Класифікація. Термінологія. Стандарти; DAR: Обмеження життєдіяльності та реабілітація; ISPRM: Міжнародне Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини; ВООЗ: Всесвітня організація охорони здоров'я; Адаптовано з: Reinhardt JD, Von Groote PM, Delisa JA, John L, Bickenbach JE, Li LSW. Chapter 3: International non-governmental organizations in the emerging world society: the example of ISPRM. *J Rehabil Med Preview*, 2009; (6), 810-22. <http://doi.org/10.2340/16501977-0430>

Health Literature (CINAHL), Scopus, Pascal та Indice Bibliografico Espacol en Ciencias de la Salud (IBECS). Категорії робіт включають: оригінальні статті, огляди, клінічні випадки, листи до редактора, спеціальні статті та редакційні статті. Його основна мета полягає в наданні доказової бази для поліпшення міждисциплінарної реабілітаційної допомоги. Таким чином, сфера застосування журналу включає клінічні та фундаментальні наукові дослідження в галузі реабілітації, які можуть покращити знання та навички читацької аудиторії (фізіатри, фізичні терапевти, ерготерапевти та інші фахівці охорони здоров'я). Журнал надсилається всім членам SERMEF (що складає більше ніж 1700 професіоналів). На даний момент він не має відкритого доступу, лише для деяких конкретних статей.

Disability and Rehabilitation

“Disability and Rehabilitation” та “Disability along with Rehabilitation: Assistive Technology” – є міжнародними мультидисциплінарними журналами, які спрямовані на заохочення до кращого розуміння всіх аспектів обмежень життєдіяльності та пропагування реабілітаційної науки, практики та політичних аспектів реабілітаційного процесу. Disability and

Rehabilitation публікує огляди, дослідницькі статті, разом з розділами “Реабілітація на практиці”, “Перспективи реабілітації” та “Клінічні випадки”, а також нерегулярно - Листи. Публікації, орієнтовані на допоміжні технології, особливо підходять для Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, заохочуються матеріали, що охоплюють широкий спектр тем про обмеження життєдіяльності та реабілітацію від дослідників та практиків в усіх дисциплінах, які працюють у цій галузі. Журнали вітають як кількісні, так і якісні дослідження, а також мультидисциплінарні обзори для охоплення широкого кола професіоналів. Обидва журнали публікують спеціальні випуски, що рецензуються відповідним чином.

Роль Європи у заходах фізичної та реабілітаційної медицини у всьому світові

Організацією – парасолькою ФРМ лікарів у всьому світові є International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)³⁰.

ISPRM має три мандати: гуманітарний чи цивільно-суспільний, професійний та науковий^{31,32}.

Для досягнення своїх цілей ISPRM спочатку спи-рається на своє членство, що включає членів на-ціональних товариств, включаючи усі європейські товариства ФРМ, а також індивідуальних членів. Крім того, ISPRM співпрацює з регіональними органами, в тому числі з Європейською академією реабілітаційної медицини (ЄАРМ), Європейським товариством фізичної та реабілітаційної медицини (ЄТФРМ) та Секцією Фізичної та Реабілітаційної Медицини Європейського Союзу Медичних Спеці-алістів (Секція ФРМ ЄСМС) за допомогою угоди про взаємне визнання та спільний робочий план. За межами сфери ФРМ, ISPRM співпрацює з іншими недержавними організаціями, а головне - з Все-світньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (Малюнок 2)³².

Важливу роль відіграють регіональні форуми: The North and Baltic Forum of PRM, що включає при-леглі регіони в Північній Європі, такі як Росія, Укра-їна та The Mediterranean Forum of PRM, що вклю-чає весь регіон Середземноморського басейну.

Основою офіційних відносин з ВООЗ є взаємо-узгоджений трирічний план співпраці, відповідно до якого щотрирічно Виконавчою Радою ВООЗ відбувається перегляд результатів. Найважливіші сучасні теми плану співпраці включають загаль-носистемне впровадження Міжнародної класифі-кації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) в Фізичну та Реабілітаційну Медицину, системи реабілітації та охорони здоро-в'я в цілому, створення навчальної системи охо-рони здоров'я у різних країнах світу, на прикладі ситуації людей, що живуть з травмами спинного мозку³³ та посилення реабілітаційних послуг у всьо-му світові³⁴. Важливим внеском Європи в кон-тексті поточного плану співпраці є розробка націо-нальних систем управління якістю реабілітації³⁵, включаючи специфікації реабілітаційних служб з використанням Міжнародної класифікації органі-зації послуг для реабілітації (International Classification of Service Organisations For Rehabilitation, ICSO-R)³⁶, Процедур клінічного оці-нювання³⁷, впровадження в масштабах всієї Євро-пи культурально адаптованих версій інструментів Процедур клінічного оцінювання^{35,38,39} та розроб-ки метрик для стандартизованої звітності з даних, зібраних за допомогою ряду інструментів збору даних^{35,40-42}. Найголовніше, Секція та Рада ФРМ ЄСМС займаються розробкою еталонних реабілі-таційних послуг, беручи на себе зобов'язання на-давати поради та демонстрації лікарям ФРМ на місцях та організаціям охорони здоров'я по всьо-му світові. У контексті нашої спеціальності, яка є в контексті внутрішньополітичного порядку денно-го ФРМ, Європейські Органи та національні това-

риства залучені до подальшого розвитку списку тем наукових конгресів, як основного елементу побудови ідентичності та основних компетентно-стей ФРМ. Додатково, 8 журналів є активними членами "Інтернет-журналу ISPRM".

Найважливішою ініціативою органів ФРМ в Європі є розвиток Кокранівської реабілітаційної сфери. (докладніше див. Розділ 11)⁴³.

Посилання

1. Bardot A., Tonazzi A. European physical and rehabilitation medicine organisms—origins and developments. *Eur. Medicophysica*. 2007 Jun;43(2):185–94.
2. Bertolini C., Delarque A. A brief history of European organizations of physical and rehabilitation medicine. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2008 Jul;87(7):592–5.
3. De Korvin G., Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2009 Oct;52(7–8):594–607.
4. UEMS. Basel Declaration: UEMS Policy on Continuing Professional Development: D0120 [Internet]. 2001 [cited 2009 Jan 6]. Available from: <http://admin.uems.net/uploadedfiles/35.pdf>
5. UEMS. Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union: Adopted by the Management Council of the UEMS. [Internet]. 1996 [cited 2009 Jan 6]. Available from: <http://admin.uems.net/uploadedfiles/772.pdf>
6. UEMS. Budapest Declaration on Ensuring the Quality of Medical Care. UEMS 2006/18 final. 2006.
7. UEMS. Promoting Good Medical Care: D0349 final [Internet]. [cited 2009 Jan 6]. Available from: <http://admin.uems.net/uploadedfiles/772.pdf>
8. UEMS – PRM Section. European Accreditation of the Quality of Care [Internet]. [cited 2009 Jan 6]. Available from: www.euro-prm.org/ClinicalAffairs
9. European-Union. Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative a' la reconnaissance des qualifications professionnelles. [Internet]. *Journal officiel de l'Union européenne* L255/22; 2005 [cited 2009 Jan 6]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:FR:PDF>
10. UEMS. European definitions of the Medical Act - Definition européen de l'Acte médical (UEMS 2008/03 final).
11. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. [Internet]. [cited 2009 Jan 6]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/site/index.cfm>
12. Gutenbrunner C., Ward A., Chamberlain M. The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med.* 2007 Jan;(45 Suppl).
13. Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain A. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eura Medicophys.* 2006;292–332.
14. MFPRM. About the MFPRM [Internet]. Available from: : <http://www.mfprm.org/en/about-the-mfprm/about-the-mfprm>
15. MFPRM. The MFPRM [Internet]. Available from: <http://www.mfprm.org/en/home/home>
16. Gutenbrunner C., Borg K., Joucevicus A., Tuulik-Leisi V.-R., Vetra A., Ward A.B. The Idea of the Baltic & North Sea Forum on Physical and Rehabilitation Medicine (BNF-PRM). 2016;
17. MFPRM. MFPRM Statute [Internet]. Available from: <http://www.mfprm.org/en/statute/statute>

18. Abstracts from the 1st Baltic and North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine "Reclaim Function. J. Rehabil. Med. 2010;385-416.
19. 2nd Baltic and North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine "From Biomechanisms to Outcomes!" J. Rehabil. Med. 2011;817-868.
20. Abstracts of the 3rd Baltic and North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine. J. Rehabil. Med. 2013;933-986.
21. Abstracts of the 4th Baltic and North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine. J. Rehabil. Med. 2015;759-800.
22. EMRSS. The Euro Mediterranean Rehabilitation Summer School [Internet]. Available from: <http://www.emrss.it/ENG/index.html>
23. Negrini S. Steady growth seen for research in physical and rehabilitation medicine: where our specialty is now and where we are going. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2012 Dec;48(4):543-8.
24. Negrini S, Frontera WR. The Euro-American rehabilitation focus: a cultural bridge across the ocean. Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2008 Jul;87(7):590-1.
25. Negrini S., Frontera W. The Euro-American Rehabilitation Focus: a cultural bridge across the ocean. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Jun;44(2):109-10.
26. Franchignoni F., Stucki G., Mucoz Lasa S., Fialka-Moser V., Vanderstraeten G., Quittan M., et al. Publishing in physical and rehabilitation medicine: a European point of view. J. Rehabil. Med. 2008 Jun;40(6):492-494; author reply 494.
27. Franchignoni F., Ozzakar L., Michail X., Vanderstraeten G., Christodoulou N., Frischknecht R. Publishing in Physical and rehabilitation medicine. An update on the European point of view. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2013 Oct;49(5):711-4.
28. Negrini S., Stucki G., Giustini A. Developing the European Physical and Rehabilitation Medicine Journal's Network. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2009 Mar;45(1):1-5.
29. Negrini S., Ilieva E., Moslavac S., Zampolini M., Giustini A. The European physical and rehabilitation medicine journal network: historical notes on national journals. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2010 Jun;46(2):291-6.
30. Stucki G, Reinhardt J.D., von Groote P.M., DeLisa J.A., Imamura M., Melvin J.L. Section 2: ISPRM's way forward. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(10):798-809.
31. DeLisa J.A., Melvin J.L., Stucki G. Developing the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPM). Foreword. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(10):789-90.
32. Reinhardt J.D., von Groote P.M., DeLisa J.A., Melvin J.L., Bickenbach J.E., Li L.S.W., et al. Section 3: International non-governmental organizations in the emerging world society: the example of ISPRM. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(10):810-22.
33. Bickebach J., Tennant A., Stucki G. Describing the lived experience of Swiss persons with spinal cord injury. J Rehab Med. 2016;113-244.
34. Stucki G., Reinhardt J.D., Imamura M., Li J., De Lisa J.A. International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM): strengthening Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) worldwide. Chin. J. Phys. and Rehab. Med. 2011;501-03.
35. Stucki G., Zampolini M., Juocevicius A., Negrini S., Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2017 Apr;53(2):299-307.
36. Kiekens C., Meyer T., Gimigliano F., Baffone C., Gutenbrunner C.M. UEMS PRM ICF Workshop moderators and rapporteurs. European initiative for the application of the International Classification System For Service Organisation In Health-Related Rehabilitation (ISCO-R). Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2017 Apr;53(2):308-18.
37. Proding B., Scheel-Sailer A., Escorpiso R., Stucki G. UEMS PRM Workshop report: toward the development of clinical assessment schedules for specified rehabilitation services. Eur J Phys Rehabil Med. 2016;
38. Selb M., Gimigliano F., Proding B., Stucki G., Pestelli G. Toward an International Classification of Functioning, Disability and Health clinical data collection tool: The Italian experience of developing simple, intuitive descriptions of the Rehabilitation Set categories.
39. Li J., Proding B., Reinhardt J.D., Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. J. Rehabil. Med. 2016 Jun 13;48(6):502-7.
40. Stucki G., Proding B. Methodological Notes in Rehabilitation Sciences: Four steps to follow when applying the ICF in rehabilitation practice and research.
41. Proding B., Ballert C.S., Brach M., Brinkhof M.W.G., Cieza A., Hug K., et al. Toward standardized reporting for a cohort study on functioning: The Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study. J. Rehabil. Med. 2016 Feb;48(2):189-96.
42. Proding B., Ballert C.S., Brinkhof M.W.G., Tennant A., Post M.W.M. Metric properties of the Spinal Cord Independence Measure - Self Report in a community survey. J. Rehabil. Med. 2016 Feb;48(2):149-64.
43. Negrini S., Kiekens C., Levack W., Grubisic F., Gimigliano F., Ilieva E., et al. Cochrane physical and rehabilitation medicine: a new field to bridge between best evidence and the specific needs of our field of competence. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2016 Jun;52(3):417-8.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Mauro Zampolini, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Stefano Negrini.
- Учасники: Nicolas Christodoulou, Elena M. Ilieva, Jorge Lains, Gerold Stucki, Stefano Negrini, Filipe Antunes, Nikolaos Barotsis, Kristian Borg, Joaquim Chaler, Christoph Gutenbrunner, Crt Marincek, Xanthi Michail, Dominic Perennou, Henk J. Stam, Ulrich Smolenski, Peter Takac, Aivars Vetra, Jiri Votava, Derick T Wade, Daniel Wever, Mauro Zampolini, Hermina Damjan, Calogero Foti, Francesca Gimigliano, Jolanta Kujawa, Alessandro Giustini, Caterina Pistarini, Anthony B Ward, Alain Yelnik.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

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

Розділ 6 – Знання та навички лікарів ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ розглядає принципи ФРМ з фізіологічної точки зору, розглядаючи як фізичні, так і поведінкові механізми людської істоти, які лежать в основі роботи лікарів ФРМ. Після обговорення питань розвитку та еволюції ФРМ, що веде до її унікального та специфічного підходу, будуть розглянуті наступні механізми:

- процеси репарації (і визначення потенціалу відновлення): процеси репарації переважно пов'язані з кількістю і історією розвитку захворювань та порушень, тим часом, як потенціал відновлення також пов'язаний з індивідуальними факторами та факторами середовища; лікарі ФРМ працюють над порушеннями, щоб сприяти виживанню або відновленню, та пропонують реабілітацію, якщо є потенціал відновлення: це пов'язано з прогностичною роллю лікарів ФРМ;
- процеси навчання: ФРМ – це спеціальність, що навчає новим фізичним засобам та поведінковим підходам, для уможливлення найкращої участі пацієнтів через покращення порушень та модифікації активності; з цієї точки зору, протягом процесів репарації та реабілітації лікарі ФРМ та реабілітаційна команда є вчителями нових рухових та поведінкових стратегій;
- компенсаторні процеси (адаптація / абілітація / реабілітація): лікарі ФРМ навчають пацієнтів, як адаптуватися до нового (набутого) стану здоров'я, використовуючи компенсаторні механізми, що ґрунтуються на інших структурах / функціях організму, поведінкових змінах та/або допоміжних пристроях (або технічних засобах) (протезах і ортезах); під час зростання метою лікарів ФРМ є забезпечення повного (і компенсаторного) розвитку інтактної функції, та щоб вона не була погіршена первинним захворюванням; компенсаторні процеси є пов'язаними з активністю;
- управлінські навички: лікарі ФРМ – це менеджери людей та ресурсів; вони керують пацієнтами та їх доглядачами, навчають і дозволяють їм досягти максимально можливої участі, також зосереджуючись на підтримці; вони очолюють команду з метою зробити її кращою заради пацієнта; нарешті, вони керують розподілом ресурсів для функціонування пацієнтів та команди;
- комунікативні навички: лікарі ФРМ повинні розвинути дуже добрі комунікативні навички, щоб тренувати, інформувати та навчати пацієнтів та їхніх доглядачів: це дозволить набуттю відповідних поведінкових змін, а також прайвильних фізичних компенсацій.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 6. Knowledge and skills of PRM physicians. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):214-229.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 6. Знання та навички лікарів ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 97–112.

Ключові слова: Фізична та Реабілітаційна Медицина, Європа, навчання, функціональне відновлення, кейс-менеджмент, комунікація.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною

спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей розділ розглядає принципи ФРМ з фізіологічної точки зору, розглядаючи як фізичні, так і поведінкові механізми людської істоти, які лежать

в основі роботи лікарів ФРМ. Після обговорення питань розвитку та еволюції ФРМ, що веде до її унікального та специфічного підходу, будуть розглянуті наступні механізми:

- процеси навчання: ФРМ – це спеціальність, що навчає новим фізичним засобам та поведінковим підходам, для уможливлення найкращої участі пацієнтів через покращення порушень та модифікації активності; з цієї точки зору, протягом процесів репарації та реабілітації лікарі ФРМ та реабілітаційна команда є вчителями нових рухових та поведінкових стратегій;
- процеси репарації (і визначення потенціалу відновлення): процеси репарації переважно пов'язані з кількістю і історією розвитку захворювань та порушень, тим часом, як потенціал відновлення також пов'язаний з індивідуальними факторами та факторами середовища; лікарі ФРМ працюють над порушеннями, щоб сприяти виліковуванню або відновленню, та пропонують реабілітацію, якщо є потенціал відновлення: це пов'язано з прогностичною роллю лікарів ФРМ;
- компенсаторні процеси (адаптація / абілітація / реабілітація): лікарі ФРМ навчають пацієнтів, як адаптуватися до нового (набутого) стану здоров'я, використовуючи компенсаторні механізми, що ґрунтуються на інших структурах / функціях організму, поведінкових змінах та/або допоміжних пристроях (або технічних засобах) (протезах і ортезах); під час зростання метою лікарів ФРМ є забезпечення повного (і компенсаторного) розвитку інтактною функції, та щоб вона не була погіршена первинним захворюванням; компенсаторні процеси є пов'язаними з активністю;
- управлінські навички: лікарі ФРМ – це менеджери людей та ресурсів; вони керують пацієнтами та їх доглядачами, навчають і дозволяють їм досягти максимально можливої участі, також зосереджуючись на підтримці; вони очолюють команду з метою зробити її кращою заради пацієнта; нарешті, вони керують розподілом ресурсів для функціонування пацієнтів та команди;
- комунікативні навички: лікарі ФРМ повинні розвинути дуже добрі комунікативні навички, щоб тренувати, інформувати та навчати пацієнтів та їхніх доглядачів: це дозволить набуттю відповідних поведінкових змін, а також правильних фізичних компенсацій.

Метою цього розділу є детальне обговорення усіх цих механізмів медичної спеціальності ФРМ, що робить лікарів ФРМ лікарями реабілітації.

Еволюція, що веде до сучасних принципів ФРМ

Традиційно медицина засновувала своє лікування на встановленні етіологічного діагнозу, визначенні фармакологічного або хірургічного лікування, та зрештою – аналізу результатів, заснованих на таких вимірюваннях, як поліпшення аналізів крові або радіологічних даних. Ця “анатомо-клінічна” модель створила основи медичних знань і тривало була домінуючою, а часом навіть ексклюзивною моделлю у медичній практиці та навчанні. Ця модель ґрунтується на наступній логічній послідовності: етіологія або причини, що призводять до захворювання, що проявляються клінічними симптомами та лабораторними знахідками. Лікарі шукали анатомічно обмежене походження для станів (у вигляді пошкодження тканин, отже, місця патології) і зберегли поняття нозології (класифікація хвороб). Ця класифікація хвороб діє зараз, як МКХ-X (і МКХ – XI, що очікує публікації)¹. Ця анатомо-клінічна модель зосереджена на хворобі, і як виявилось, є дуже ефективною для медичної діагностики та в контексті гострих захворювань, для яких є етіотропне лікування (етіології або причини) або симптоматичне лікування (симптомів або проявів). Тим не менш, цей підхід є непридатний, коли не існує лікування, а результатом хвороби є обмеження життєдіяльності та фізичні вади (модель МКП 1980 року), або обмеження активності та обмеження можливості участі (модель МКФ 2001 року)², особливо (але не тільки) при важких гострих станах з тривалими наслідками та незворотною патологією.

Модель, що відома як “функціональна”, зосереджує увагу не на хворобі, а на пацієнті, описуючи обмеження функціонування та фактори середовища (особисті та середовища). І це саме є парадигмою, яка цікавить лікарів ФРМ, оскільки фокус втручання – не лише етіологічна причина хвороби, але її наслідки у функціонуванні особи. Ця модель є більш доречною для опису та аналізу хронічних станів та їх терапії, оскільки вона розглядає ситуацію обмежень життєдіяльності, як невідповідність між персоною, середовищем та особистими бажаннями (проектами)³. Терапевтичні втручання не спрямовані на лікування пацієнта тільки шляхом терапії захворювання та порушень: вони також спрямовані на обмеження активності та обмеження можливості участі. Тому дії фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) зосереджені на трьох цілях: перша, індивідуум, сприяючи не лише процесу репарації (хвороби та порушень), але й компенсаторним процесам (внутрішнім – компенсація, що розвинута персоною, або

зовнішнім – з зовнішніми пристроями); друга, середовище (фізичне, персональне професійне тощо) та, нарешті, індивідуальні проекти (освіта, робота, особисте та соціальне життя), які будуть змінені та адаптовані.

МКФ: ключове поняття для ФРМ

Медицина спеціальності ФРМ прийняла Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), розроблену Всесвітньою організацією охорони здоров'я². Ця класифікація включає новий підхід до людей з обмеженнями життєдіяльності, що спирається на багатовимірний підхід⁴. Прикладом застосування такого підходу є ідентифікація ураження (етіології) за допомогою сучасних методів візуалізації, які дозволяють побачити подробиці пошкоджених тканин та виявлення структур, що не постраждали, та які можуть бути використані в процесі реабілітації. Викликом для лікаря ФРМ є розгляд цих знахідок для пропонування методів реабілітації, які можуть сприяти пластичності та регенерації. Другим аспектом є оцінювання різних структур та функцій організму з використанням клінічного огляду та вибраних шкал оцінювання. Для лікаря ФРМ однією метою є вимірювання тяжкості порушення та визначення точного співвідношення між порушеннями та основними пошкодженнями. Цей анатомо-клінічний підхід є особливо важливим при м'язово-скелетних та неврологічних розладах, а також при когнітивних втратах внаслідок фокальних пошкоджень. Третім аспектом є оцінювання обмежень активності. Це є основою ФРМ, яка вважає залишкові здібності осіб з обмеженнями життєдіяльності, більш важливими, ніж порушення структур та функцій організму. Це більш позитивне бачення, покладатись на саму активність. Четвертий рівень відповідає оцінюванню соціальних наслідків травми або хвороби⁵. У цьому контексті терміни “недолік” та “фізична вада”, які використовували раніше, були замінені на більш позитивний термін участь, ставлячи пацієнта до контексту його/її особистого, професійного та соціального життя. МКФ також є гарною моделлю для реабілітаційних стратегій⁶. Виміри МКФ також можуть посилатися на чіткі цілі або вимірювання результатів реабілітації. “Структури організму/ порушення” можуть відповідати можливостям стимуляції непошкоджених структур за допомогою технік або терапій, що стимулюють здатність до пластичності^{7,8}. “Функції організму / порушення” можуть відповідати відновленню таких функцій, як сила, координація, або спритність у випадку рухової функції; дискримінація або ідентифікація у випадку сенсорної функції; і планування, словесного

розуміння, запам'ятовування для пізнавальних функцій. “Активність / обмеження” можуть відповідати зниженню обмежень життєдіяльності та можливого розповсюдження функціонального відновлення на інші активності та посилення обмежень активності компенсацією. “Участь / обмеження можливості” відповідає зменшенню недовіки соціальними втручаннями, що ґрунтуються на визнанні та інклюзії, враховуючи особисті фактори та фактори середовища. Необхідно враховувати “контекстуальні фактори” та їх можливу роль, як сприятливих чинників та/або бар'єрів. У контексті МКФ також слід враховувати, що розвиток здатності не обов'язково відповідає кінцевому виконанню дій пацієнтом, що в будь-якому випадку має бути кінцевим кроком дій ФРМ.

Цей багатовимірний підхід до хвороби та її наслідків для діагностики, лікування та реабілітації посилюють прийняття того, що фізична та реабілітаційна медицина може розглядатися, як медицина для людської особи у взаємодії з медициною або “органними” спеціальностями.

Процеси навчання у фізичній та реабілітаційній медицині

Навчання є частиною процесу реабілітації, і останнім часом воно має більш високий профіль та визнання його важливості в практиці ФРМ. Лікар ФРМ є вчителем, особливо, коли реабілітаційні програми повинні бути підтриманими новими концепціями адаптації (*напр.* пластичність) та рухового навчання. Принципи адаптації та пластичності розглядаються в навчальній програмі ФРМ, і лікарі ФРМ знають і розуміють теоретичні основи принципів викладання та навчання¹⁰.

Під час підготовки лікарі ФРМ вивчають, як люди навчаються руховим навичкам (рухове навчання), і це вимагає правильного розуміння наступних факторів¹¹:

- Руховий розвиток: як отримати здатність розвивати рухові навички для підвищення кінцевого виконання;
- Руховий контроль: як неврологічна система контролює рух;
- Мотивація: як мотивувати людей бажати навчатися руховим навичкам та брати участь у їх програмі;
- Навчальна практика фізичного тренування: як середовище втручання може оптимізувати здобуття рухових навичок.

Ці знання дають змогу лікарям ФРМ розробляти стратегії для покращення результатів та запобігання патологічній адаптації. Ефективні сучасні концепції рухового навчання та відновлення розви-

вались з метою стимулювати здобуття навичок, що відповідають повсякденному життю пацієнта. Такий підхід є корисним в запобіганні феномену навченого невикористання та відновленні функції. Проте занадто інтенсивна програма може бути контрпродуктивною і не дозволити природній адаптації¹². Зазвичай, навчання включає в себе інструкції про “як зробити щось” / “як виконати завдання”. Навіть без явної інструкції людина часто має здатність розуміти, як виконувати завдання, просто використовуючи неявне навчання.

Явне і неявне навчання, як вважається, використовуються в різних нервових шляхах. Неявний процес навчання є більш надійним при травмах нервової системи, особливо коли пам'ять сильно постраждала. Незважаючи на те, що в даний час найчастіше використовується перший підхід, явні та неявні методи навчання мають потенціал в усіх аспектах фізичної та реабілітаційної медицини^{13,14}. Відновлення функції, будь то спонтанне або підсилене втручанням, є подвійним процесом пластичності. Вони багато в чому взаємозалежні, і це зумовлено змінами як нервової, так і м'язово-скелетної систем. Процес нейропластичності залежить від м'язової активності, тоді як його вираження залежить від неврологічної команди та регуляції.

У більш загальному сенсі, в усіх умовах, що впливають на фізичну активність, де є порушення функції залучення чи контролю над м'язом, або де є втрата виконання, зміцнення м'язів та фізичне відновлення є неодмінним, але вони не розглядаються, як окремі. Вони не повинні бути розділені з усіх інших аспектів звичайної нейромоторної реабілітації, оскільки активність також обумовлена пластичністю¹⁵.

Таким чином, лікарі ФРМ охоплюють цю нову функціональну концепцію, працюють з терапевтами, просуваючи поняття як неврологічної, так і ортопедичної реабілітації¹⁶. Це видно, наприклад, у втручаннях з діями та спостереженням, та в зацікавленості до віртуальної реальності, яка все більше використовується в реабілітаційних програмах.

Мозочок і базальні ганглії є критичними для рухового навчання, що дозволяє людині здобувати навички поведінки. Якщо вони є інтактними після пошкодження мозку, це можливо через повторюване тренування, для подолання труднощів у вивченні нових рухових навичок, а також обмеженого постурального контролю та дефіциту сенсомоторної координації¹⁷. Клініцисти ФРМ бачать, що повторювана практика є особливістю будь-якого втручання, як частина рухового навчання, але принципи клінічної практики не повністю ґрунтуються на результатах досліджень рухового кон-

тролю та рухового навчання і реабілітаційної практики. Прикладом рухового навчання є парадигми руки робота, де вимірюється опір пацієнтів під час використання пристрою, що тримається рукою, протягом певних рухів руки. Інший принцип – це важлива концепція фактичної кількості практики, що проводиться протягом втручання в рамках дослідження. Існує взаємозв'язок між впливом утримування пам'яті, отриманої внаслідок виконання повторюваних завдань протягом певного часу, та обсягом наданого тренування¹⁸. Надмірні зусилля, спрямовані на навчання, можуть призвести до значного поліпшення довготривалого зберігання, але мало впливають на виконання індивідуума. Таким чином, лікарі ФРМ призначають та пропонують різні схеми втручання, щоб обійти невідповідність простого повторення рухів. Здобуття перенавчання навичок варіює, оскільки вважалося, що справжнє відновлення мозку виникає тільки через повторення поодиночі¹⁴. Методи компенсації розвиваються шляхом чистого повторення та для того, щоб добитися кортикальних змін (справжнє відновлення), особам повинні надаватися більш складні завдання. Техніки реабілітації повинні бути спрямовані на специфічні рухові дефіцити пацієнтів і, можливо, в поєднанні, наприклад, з терапією вимушеними рухами з віртуальною реальністю. Два критичні питання, які ставляться до реабілітаційних технік, полягають у тому, чи зберігаються здобутки протягом значного періоду після тренування та чи вони розповсюджуються на нетреновані завдання. Рухове навчання і повторювана практика, таким чином, використовуються у постраждалих від інсульту та черепно-мозкових травм і включають¹⁴:

- Тренування можливостей рук: тренування, що орієнтоване на порушення для легкого геміпарезу;
- Терапія вимушеними рухами;
- Нервово-м'язова стимуляція з електроміографічною ініціацією;
- Інтерактивна робото-терапія;
- Реабілітація на основі віртуальної реальності.

Розуміння процесів репарації та використання компенсаційних процесів у ФРМ для адаптації, абілітації та реабілітації

Відновлення функцій, поліпшення активності та зменшення обмежень можливості участі є основними цілями фізичної та реабілітаційної медицини. Ці цілі в першу чергу стосуються пацієнтів з руховими розладами, що є першою причиною обмежень життєдіяльності у світі. Рухове відновлення

відповідає спонтанному або індукованому реабілітацією поліпшенню рухової функції, після уражень м'язово-скелетної та / або нервової системи. Спостережні дослідження щодо природного відновлення руху після інсульту показали, що криві відновлення не відповідають лінійному процесу, але переважно проходять через першу фазу (протягом 3 місяців) з швидким відновленням, та другу фазу з більш повільним покращенням моторної функції¹⁹ або рідше по кроках і плато²⁰.

Рухове відновлення включає в себе два компоненти: справжнє відновлення “per se” і компенсація. Для м'язово-скелетної системи відновлення може означати “restitutio ad integrum” (*ред. повне відновлення*), іноді навіть анатомічне, зазвичай функціонально нормальне (з деякими залишковими рубцями, що вимагають попередження майбутніх порушень). Неврологічно, справжнє рухове відновлення стосується замісної здатності рухової системи людини до повного або часткового відновлення моторної функції після ураження. Це є результатом механізмів пластичності мозку на тлі регресії діашизу²¹, реорганізації протилежної сенсомоторної кори і залучення півкулі, яка не постраждала²², відновлення провідності в кортико – спінальному тракті або в альтернативних моторних волокнах²³, залучення передіснуючих скронево-лобних з'єднань²⁴ та модифікації міжпівкульних зв'язків²⁵.

Компенсаторні механізми приймаються для досягнення найкращого можливого функціонування (активності та участі), коли повне анатомічне відновлення не є можливим. Компенсація може покладатися на залучення альтернативних м'язів для виконання руху (*напр.* плечові та ліктьові м'язи для захвату після інсульту²⁶ або м'язи-розгиначі зап'ястя для тенодезного захвату при тетраплегії внаслідок ураження С6²⁷), використання контрлатеральної не ураженої верхньої кінцівки або зміни середовища. Іншою можливістю для компенсації є використання іншої структури / функції організму для компенсації пошкодженої (*напр.* пропріоцепції та зору у випадку пошкодження внутрішнього вуха при порушеннях рівноваги та балансу). Протези та ортези є компенсаторними пристроями, що широко використовуються в фізичній та реабілітаційній медицині, навіть якщо вони потребують адекватного тренування та активації компенсаторних та/або нових моторних функцій, щоб бути ефективними.

Рухове навчання відноситься до здатності рухової системи людини до навчання шляхом практики та досвіду. Рухове навчання включає рухову адаптацію, здобуття навичок та прийняття рішень²⁸. Ці здатності можуть бути мобілізовані у

нормальних осіб для набуття нових рухових здібностей, а у пацієнтів – для поліпшення рухового відновлення.

Рухова адаптація

Для лікаря ФРМ, рухова адаптація повинна розумітись у широкому значенні. В біологічному плані адаптація є процесом зміни, за допомогою якого організм або вид стає краще підходити для свого середовища. Рухова адаптація з'являється як процес, здатний виробляти кращий план для мінімізації енергетичних витрат та оптимізації ефективності руху незалежно від середовища та стану чинника впливу. Багато змін середовища або біологічних змін, таких як зростання або старіння, потребують такої адаптації. Крім того, в практиці ФРМ рухова адаптація є необхідною, оскільки патологічний процес відповідає за скелетні, неврологічні, м'язові ураження або порушення біоенергетики. З цієї точки зору рухова адаптація є не лише формою рухового навчання, завдяки якій нервова система навчається прогнозувати та нівелювати вплив нового середовища, а скоріше процес, розроблений для максимального підвищення виконання в цьому середовищі²⁹. Ця точка зору відповідає МКФ з урахуванням усіх контекстуальних факторів, що з'єднують фактори середовища та персональні фактори з обмеженням функціонування пацієнтів. З огляду на це, було б корисно розширити сенс терміну «рухова адаптація», який повинен включати як нервову систему, так і м'язово-скелетну систему, що щільно зв'язані кооперативною взаємодією³⁰.

Залучені механізми є складними, виявляючи багато поведінкових або комп'ютерних моделей рухового контролю та рухової адаптації³¹. Ці моделі залучають широкий спектр дисциплін, зокрема нейронауки, психологію, робототехніку, математику або комп'ютерні науки. Такі моделі корисні для розуміння рухової поведінки в комп'ютерних умовах, але вони менш успішні, коли враховується зв'язок між комп'ютерними та нейробіологічними моделями, або коли вони застосовуються до функціональних та патологічних аспектів³². Однак, ми можемо підкреслити роль пластичності в руховій функції. Якщо це пов'язано з нейропластичністю, особливо в синаптичній функції³³, ми повинні пам'ятати, що пластичність є загальною біологічною властивістю, що стосується також й чинника впливу, з її різними конструкціями тканин, кісток, суглобів та скелетних м'язів.

Пластичність скелетних м'язів добре зрозуміла, вона відповідає за певні стани, які виникають внаслідок фізичного тренування, і за втрату цих

станів, що з'являється під час хронічної знерухомленості або голоду. Ці стани є частими у пацієнтів з неврологічними, серцево-судинними, дихальними або нирковими захворюваннями. Іноді їх незалежність серйозно порушена. Проте, використовуючи деякі програми активізації витривалості, можна “максимально збільшити” їх рухове виконання, уникаючи важкої залежності³⁴.

Рухові стратегії

Для досягнення певної мети ми можемо використовувати більше, ніж один руховий план. Теоретично існує велика кількість рішень, більш-менш енергетично економічних і механічно ефективних, але серед усіх цих рухових стратегій практично ми обираємо найкращу. Таке вміння залежить від рухового розвитку та від рухового навчання, що поступово призводить до побудови внутрішніх моделей, які передбачають сенсорні наслідки рухових команд. Внаслідок індивідуальних морфологічних та різних біологічних характеристик, ці моделі є специфічними для однієї людини, і іноді вони можуть бути дуже незвичайними. *Taylor* підготував огляд щодо ролі стратегій рухового навчання на *Fosbury Flop*, що призвело до високого стрибка, що змінив інноваційну парадигму³⁵. Цей приклад підкреслює відносність поняття “норма”. Більш того, у сфері ФРМ пацієнти розвивають навчання, яке характеризується процесом повторної оптимізації з урахуванням нових умов, що виникають внаслідок порушень. На цьому етапі необхідно висунути ідею про те, що реабілітація не повинна бути “особливим ідеалом здоров'я чи виконання, які визначені зовнішньо” медичною командою³⁶.

Основні процеси, що прямують до функціонального нейронального представництва, так звані внутрішні моделі, підтримують новий підхід у реабілітації пацієнтів з геміплегією: білатеральне перенесення³⁷. У пацієнтів із підгострим інсультом може спостерігатися функціональне покращення ураженої руки за допомогою тренувань, що проводяться зі здоровою рукою. Процеси, що долучені до цього сенсомоторного навчання, не є чітко відомими, але це формує важливі перспективи для спеціальності ФРМ.

Сенсомоторна адаптація

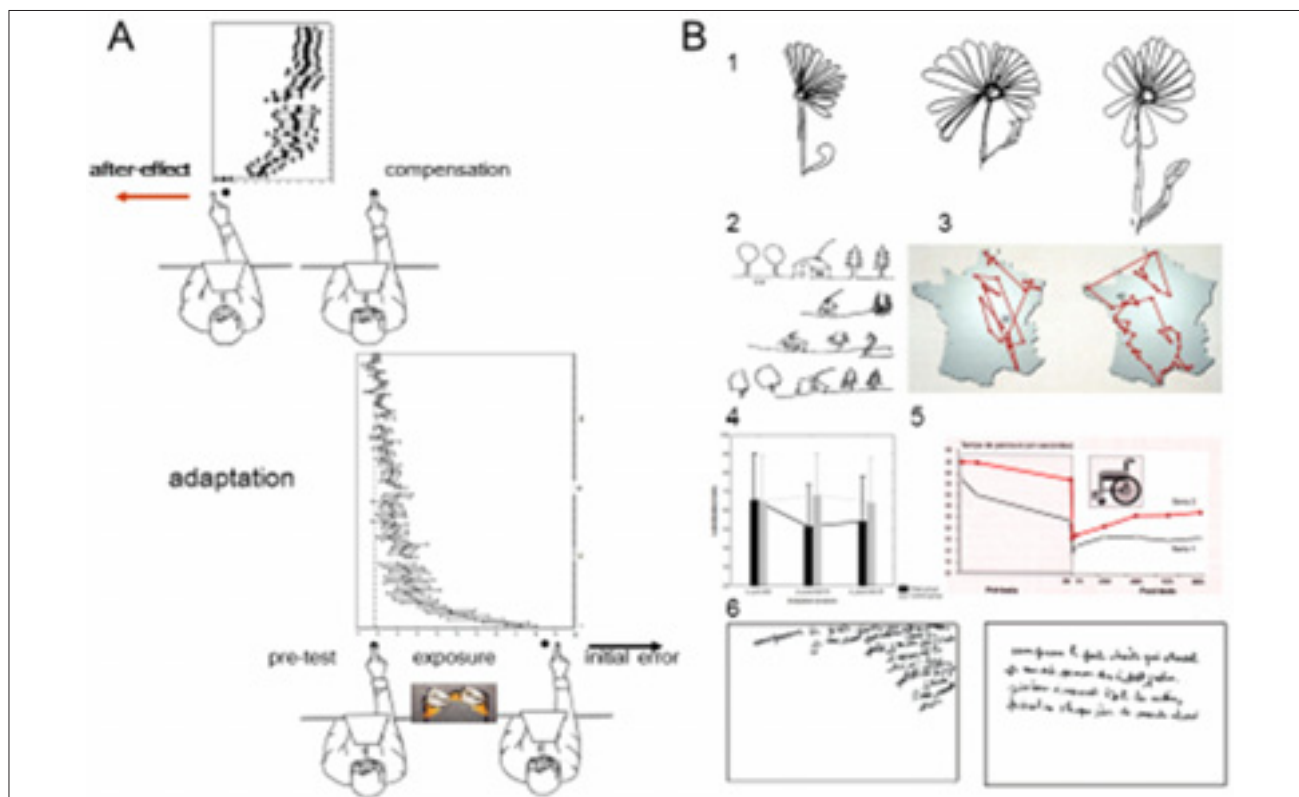
Рухова адаптація може бути індукована у відповідь на зовнішнє пошкодження у вигляді сенсорного конфлікту, викликаного призматичними лінзами, що створюють зсув візуального середовища (Малюнок 1А). Ця сенсомоторна адаптація формується після повторних швидких вказівних рухів у бік візуальних цілей. Їх первинний зсув в бік оптичного відхилення та до віртуальної цілі посту-

пово зменшувався, що відображає здатність рухової системи враховувати просторову помилку внаслідок призматичного відхилення. Пропріоцептивна перебудова відповідає за зміщення відчуття положення руки у напрямку оптичного відхилення. Це відповідає за пропріоцептивну оцінку уявлення “вперед” (*напр.* вказати сагітальну вісь) у напрямку, протилежному оптичному відхиленню після видалення призми. Візуальна перебудова, що відповідає за зміщення відчуття напрямку погляду в бік, протилежний оптичному відхиленню. Вона відповідає за візуальну оцінку уявлення “вперед” в напрямку оптичного відхилення після видалення призми³⁸. Математична сума пропріоцептивної та візуальної перебудови була рівною загальній перебудові в координації “око-рука”, що вимірювалась, вказуючи на візуальну ціль, без зворотного візуального зв'язку або знань про результати³⁹.

Обізнаність про виявлення/коригування похибок вказування під час використання призми не є необхідною для сенсомоторної перебудови. Експериментальні процедури, що використовують оптичні зміщення, що збільшуються, дозволяють здійснити значну перебудову, вільну від впливу навмисної корекції^{40,41}. Подібним чином, пацієнти з неглектом не виявляють візуальних порушень під час використання призми, що демонструє суттєві та довготривалі наслідки^{38,42}. Адаптація може розвиватися навіть під час уявних вказівних рухів (без фактичного виконання) під час використання призми. Тому, коли присутні можливі сенсорні просторові розбіжності розташування руки (візуальне розташування зі зсувом проти пропріоцептивного “незміщеного” розташування), рухова підготовка є достатньою для спонукання перебудови⁴³.

Сенсомоторна адаптація та когнітивна експансія

Цікаво, що ця візуально-рухова адаптація, викликана використанням призми, може взаємодіяти з вищими корковими функціями, які пов'язані з мультисенсорною інтеграцією, й це підтверджено вражаючими результатами, про які повідомлялось при лівобічному унілатеральному неглекті після правобічного оптичного відхилення поля зору у пацієнтів з пошкодженням правої півкулі мозку⁴⁴ (Малюнок 1В). Це поліпшення впливає на певні симптоми, які вільні від мануальних відповідей (слуховий неглект, представницький неглект) та інших порушень, які не є неглектом, таких як порушення конструювання, навігації та навіть зменшення складного регіонального комплексного больового синдрому, що передбачає, таким чином, розширення сенсомоторних наслідків просторового пізнання шляхом знизу вверх^{38,45}.



Малюнок 1. – Призматична адаптація. Фази призматичної адаптації (А): особа надягає окуляри з призматичними лінзами, що створюють оптичний зсув вправо на 10° (пре-тест). Під підборіддям особи розміщується полиця, що не дозволяє дивитись на руку в її початковому положенні, але дозволяє безперешкодно дивитись на цілі і кінцеві вказівні помилки (супресія прямого візуального зв'язку з рухом). На початку процесу особі пропонується зробити швидкі вказівні рухи (супресія зворотного візуального зв'язку з рухом) у напрямку візуальної цілі (експозиція).

Вказівні рухи зміщуються в бік оптичного відхилення (чорна стрілка) та до віртуальної цілі (первинні помилки). Ручова система може врахувати просторову похибку внаслідок відхилення призми (адаптація), незалежно від того, чи демонструє особа феноменологічне уявлення про похибку і, нарешті, компенсує оптичне відхилення (компенсація).

Після видалення призматичних окулярів, коли особі пропонується ще раз швидко вказувати на ціль, рух зміщується в напрямку, протилежному оптичному відхиленню (вліво: червона стрілка) (післядія). Відповідним аргументом для реабілітації неглекту є те, що після правобічного оптичного відхилення поля зору, особи таким чином демонструють систематичне відхилення вліво візуально – моторних відповідей адаптованою кінцівкою без залучення довільної уваги пацієнта, наприклад відповідно по відстеження знизу-вгору.

Поліпшення порушень просторово – пізнавальної здатності після призматичної адаптації у пацієнтів з пошкодженням правої півкулі головного мозку (В): зоровий неглект при виконанні завдань намалювати з пам'яті ромашку (1) і шляхом копіювання (2); образний неглект, що оцінюється відновленням по пам'яті мапи Франції (3); слуховий неглект, що оцінюється за допомогою завдання на слухання (4); навігація на візку (5) та просторова дисграфія (6).

Дзеркальні ефекти, напр. симуляція неглекту, також спостерігається при багатьох когнітивних функціях у здорових людей після адаптації з використанням призми. Симуляція неглекту була описана не лише у представництві навколоособистісного, позаособистісного та тілесного простору, але і при використанні цифрових та буквених психометричних шкал. Вплив адаптації з використанням призми поширюється також на просторову увагу, ієрархічну обробку та просторове перемішування⁴⁶. Термін “когнітивний”, який використовується для описання наслідків, вказує на той факт, що ефекти виникають за межами звичайної системи компенсаторних сенсомоторних наслідків та включають психічні здібності, такі як судження, порівняння або

психічне представництво простору. Поява когнітивних наслідків навіть більш цікавіша, якщо врахувати, що їх не можна пояснити сенсомоторними наслідками, але вони повністю залежать від просторової перебудови. Більш того, просторова перебудова повинна бути достатньо сильною (використовуючи принаймні 10° оптичне відхилення як у пацієнтів з неглектом, так і у здорових осіб) для отримання когнітивних наслідків^{45,46}.

Інші механізми адаптації

Окрім прямих нейрофізіологічних адаптацій, що розглядаються дотепер, є адаптації, які можна вважати “зовнішніми” відносно до анатомічної локалізації первинного ураження та/або навіть зовнішніми

для особи, що розглядається. Перша включає в себе використання інших структур та функцій організму для заміни пошкодженої; остання – застосування протезу/ортезу для компенсації втрати функції. В обох випадках для оптимізації адаптації та досягнення найкращих можливих функціональних результатів необхідним є гарний підхід фізичної та реабілітаційної медицини та процес навчання, включаючи інформування, освіту та вправи.

Адаптація, абілітація та реабілітація

Процеси адаптації та, в першу чергу, рухова адаптація є важливими в фізичній та реабілітаційній медицині. Рухова адаптація включає сенсомоторні взаємодії, що вимагаються у відповідь на зовнішні зміни або зміни в організмі, і спираються на практику повторних вправ протягом короткого часу. Адаптація здобувається шляхом неявного навчання без обізнаності суб'єкту, що робить його простим методом у пацієнтів з пошкодженням мозку та порушеннями уваги. Це включає довготривалі сенсомоторні наслідки, але також й когнітивні наслідки, які, таким чином, демонструють, що сенсомоторні взаємодії можуть впливати на когнітивні процеси через шлях знизу-вверх. Характеристики адаптації та її корисних впливів повинні сприяти більш широкому використанню в фізичній та реабілітаційній медицині методів реабілітації на основі адаптації.

Навіть якщо вони використовуються однаково, ці нейрофізіологічні процеси відіграють іншу роль у реабілітації (переважно пов'язаною з дорослими) та в абілітації (протягом зростання). В першому випадку, метою є відновлення найкращої можливої участі в рамках часткової або повної структурної втрати, в другому – запобігання негативному впливу на розвиток інтактних структур / функцій організму за рахунок первинно уражених, з виникненням вторинних порушень, зберігаючи досягнення найкращої можливої активності та, нарешті, участі. Під час абілітації, зростання може вважатися рушійною силою, що призводить до “природних”, іноді неефективних або навіть шкідливих компенсацій; але зростання також може бути великою силою, яка, якщо добре керувати через правильні процеси адаптації, може вчасно призвести до гарних компенсацій, що продукують краще функціонування, ніж очікувалося за природною історією первинного захворювання.

Оцінка потенціалу відновлення та прогноз в фізичній та реабілітаційній медицині

Функціональне відновлення – це мета персоні після виникнення хвороби, травми або іншого ста-

ну здоров'я (*напр.* старіння), та пошук реабілітаційного втручання – це засіб для досягнення найкращого можливого функціонування. Лікар ФРМ навчається бачити пацієнта не як групу органів та систем з певною збереженою функцією чи структурою, але в цілому з певним рівнем функціонування.

Реабілітаційний план повинен починатися з визначення рівня преморбідного функціонування, але також повинен починатися з уявлення фінального функціонування. Спостережні дослідження про історію розвитку захворювань показали, що криві відновлення не відповідають лінійному процесу, але в основному проходять через першу фазу зі швидким відновленням і другу фазу з більш повільним поліпшенням рухової функції, або рідше, ступенями та плато. Тривалість першої фази відрізняється для різних патологій і вона вважається найважливішою для реабілітації: більшість зусиль ФРМ мають зосереджуватися на цьому етапі (підгостра реабілітація), щоб підвищити якість та кількість відновлення.

Фізична та реабілітаційна медицина зосереджена на людині, за межами хвороби, проте прогноз лише частково ґрунтується на природній історії розвитку первинного захворювання. З одного боку, слід враховувати супутні захворювання, а з іншого – особисті фактори та фактори середовища, як бар'єри та/або чинники, сприятливі для відновлення. Більш того, індивідуальні цілі участі потребують великої уваги та сприяють визначенню остаточного прогнозу та всієї програми реабілітації.

Незважаючи на це, в часи скорочення ресурсів, обов'язковим є встановлення відповідних цілей для кожного пацієнта відповідно до прогнозу, який пов'язаний із захворюванням, та інших понять “реабілітаційного потенціалу”: чи зможе пацієнт поліпшити свій стан до кращого функціонального стану? Чи зможе реабілітаційне втручання реально змінити участь пацієнта? В чистій моделі “співчуття” у реабілітації нікому не відмовляють; у виключно “хворобо-центричній” моделі, реабілітація не надається, оскільки вважається, що пацієнт здатний спонтанно відновитись без будь-яких втручань, як тільки хвороба буде лікуватися. За сучасного підходу, проте, реабілітація повинна бути надана пацієнтам, які дійсно здатні поліпшити стан здоров'я протягом певного часового проміжку стану здоров'я з початком і закінченням втручання (за ним слідує підтримка, яка також називається пост-реабілітацією).

Особливо специфічним для фізичної та реабілітаційної медицини є проблема спілкування з пацієнтом щодо очікувань (прогнозу) внаслідок медичних факторів, яке не проводиться при багатьох

захворюваннях, що призводять до обмежень життєдіяльності, медичним спеціалістом, який лікує у гострій фазі. Саме це є однією з суттєвих проблем у реабілітації, особливо зараз, коли медичний та науковий розвиток впливає на суспільство, яке вважає, що “все можливо”: таким чином, наголос має бути на досягненні консенсусу щодо цілей реабілітації, узгодженого пацієнтом / посередником і медичною командою⁴⁷. Лікар ФРМ повинен бути поінформований про хвороби, що спричиняють обмеження життєдіяльності, для отримання більш детальної інформації щодо прогнозу, але, незважаючи на всю наявну медичну інформацію, існують певні умови (*напр.* пацієнти з порушеннями свідомості після черепно-мозкових травм), прогноз яких є невизначеним та пацієнти і посередники, зазвичай, мають оптимістичне упередження⁴⁸ щодо прогнозу, що означає, що вони вимагатимуть не-реалістичних цілей та втручань. У цьому сенсі навчання лікаря ФРМ з комунікаційних навичок, разом з навичками лідерства допоможуть краще зрозуміти планування реабілітації⁴⁹.

Лікарі ФРМ відіграють важливу роль у реабілітаційному процесі, оскільки вони навчаються розвитку навичок керівництва мульти-професійними командами, тісно співпрацюючи з іншими дисциплінами, та маючи здатність проводити повне оцінювання складного функціонального статусу пацієнта і можливості здобуття певного результату в майбутньому⁵⁰. Вони також стикаються з відповідальністю щодо надання зображення потенційного значення функціонального статусу для планування майбутніх потреб, визначення послуг, які будуть надані, та розподілу ресурсів для забезпечення втручань. В теперішній час, коли медичні ресурси є обмеженими, дуже важливо надати точні наукові докази щодо методів реабілітації та їх впливу на пацієнта, його родину та суспільство.

Управлінські навички

Лікарі ФРМ відповідальні за сприяння зусиллям пацієнтів щодо досягнення максимально оптимального життя після захворювання або травми, або у розвитку певної особи зі станом здоров'я. Для того, щоб бути гарним лікарем ФРМ, необхідні відмінні технічні, наукові та управлінські навички.

Розвиток управлінських навичок був частиною медичної підготовки протягом останніх двох десятиліть, а в декількох дослідженнях було зазначено, що системи охорони здоров'я, які є краще керованими, створюють не лише якісні послуги для пацієнтів та підвищену продуктивність, але також збільшують задоволеність пацієнтів та персоналу⁵¹.

Традиційно, як демонструють багато соціологічних досліджень, лікарі негативно ставляться до управлінських практик, що, ймовірно, є результатом традиційного патерналістського підходу до медичної практики. Медична освіта зосереджувалась на збільшенні знань і тривалості навчання, замість визначення пріоритетом ефективності та якості. Протягом багатьох років в історії медичної практики лікарів використовували для роботи в невеликих індивідуальних консультаціях або центрах для керівництва беззаперечною командою і практикування без урахування витрат та інших економічних чинників.

В ХХІ столітті це змінилося, та перед медичною постає ряд проблем, таких як:

- Перехід від патерналістського підходу до пацієнт-центричного, в якому професіонал виконує роль постачальника рішень для проблем пацієнта, і його слід адаптувати відповідно до моральних рішень та очікувань пацієнта.
- Виникнення нових тестів, методів лікування, ліків та, звичайно, збільшення тривалості життя та більшого впливу декількох довготривалих станів певних захворювань є причиною величезних витрат на медичні послуги.
- Фінансові загрози для виживання багатьох систем охорони здоров'я є наслідком вищезазначеної ситуації, і є тенденція зосередження на поліпшенні охорони здоров'я не тільки з боку медичних результатів, але у вимірюванні якості допомоги, прозорості та ефективності⁵².

У сфері реабілітації така сама картина спостерігається навіть з деякими парадигмальними міркуваннями. Лікарі ФРМ лікують пацієнтів, які часто мають ускладнені стани, такі, як сполучена травма, спінальна травма, черепно-мозкова травма або хронічний біль. Вони працюють, очолюючи мульти-професійні команди, які працюють спільно, в яких гарна комунікація та координація є неодмінними для успіху. Вони також мають справу з високими очікуваннями щодо відновлення у пацієнтів та їх родин. Із доступом до Інтернету та легкістю, з якою пацієнти можуть знайти інформацію про їх стан, для пацієнтів зараз є досить поширеним пошук численних думок про послуги в межах однієї або різних лікарень, що також збільшує вартість допомоги. Але також багато вищезгаданих захворювань з плином наукового та технічного прогресу стають хронічними станами, які підвищують потребу в постійній допомозі та постійному попиту на терапію, *напр.*, потребу в фізичній терапії, ерготерапії або терапії мови та мовлення.

У цьому контексті обов'язковою є необхідність гарного лідерства, адаптованого до сучасних суспільних змін і способу мислення, інакше буде про-

вал менеджменту. Як було заявлено Royal College of Physicians Лондону у 2005 році, лідерські навички повинні бути включені до підготовки лікаря для підтримки професіоналізму та підвищення продуктивності.

Лікарі повинні вчитися *макроскопічному* погляду на охорону здоров'я та розподіл ресурсів⁵³. Вони повинні мати можливість досягти спільної мети не тільки з індивідуальної точки зору його або її пацієнта, але й усього суспільства. Це передбачає необхідність вивчення та розуміння політичного, економічного та соціального середовища системи, а також етичного процесу прийняття рішень.

Лікар ФРМ повинен активно брати участь у розробці маршрутів надання допомоги в сфері охорони здоров'я для осіб з обмеженнями життєдіяльності та розробляти клінічні настанови, які рекомендують втручання протягом континууму допомоги, наприклад, потреби протягом гострих, підгострих та довготривалих фаз хвороби.

В рамках реабілітаційної служби, на *мезо-рівні*, лікар ФРМ повинен розвивати управлінські навички для розбудови ефективної команди. Давно є відомим, що командний підхід до надання допомоги є більш ефективним, ніж фрагментована допомога пацієнтам, і лікар ФРМ повинен координувати допомогу пацієнту через різних членів команди (фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники тощо). Необхідно заохочувати типові лідерські якості⁵⁴ задля сприяння кращому задоволенню та динаміці групи. Ці якості включають в себе гарні комунікативні навички, вміння заохочувати різних членів команди до участі та залучення, пропонуючи цілі та завдання терапії, уникати особистої критики та досягнення кінцевої мети шляхом консенсусу більшості. Результатом цих зборів команди має бути встановлення індивідуалізованого плану надання допомоги командою із специфічними цілями, з визначенням клінічних втручань, тривалості терапії та призначення обов'язків. Лікар ФРМ повинен мати можливість виявляти та бути арбітром в конфліктах, які можуть виникнути між різними членами команди, і повинен мати можливість успішно впоратися з цим, наприклад, забезпечити можливість обговорення, намагаючись уникнути особистих деталей чи звинувачень, або сприяти проведенню «team building» для вирішення конфліктів⁵⁵.

На *мікро-рівні* проблема для лікарів ФРМ жорстко пов'язана з довготривалим менеджментом пацієнтів, що може включати довготривалу допомогу, включаючи адаптацію домівки, довготривалу та після-реабілітаційну допомогу, адаптовану фізичну активність, безперервне консультування. Пацієнти реабілітації мають потреби в загальному менедж-

менті, що виходить за рамки простого менеджменту всередині закладу фізичної та реабілітаційної медицини, і про це слід подбати лікарям ФРМ.

Нарешті, багато пацієнтів, які потребують реабілітації, можуть пересуватись через багато закладів та послуг фізичної та реабілітаційної медицини, які зазвичай надаються різними командами. У деяких специфічних областях, таких як інсульт або спинномозкові травми, були розроблені специфічні схеми узгодженої допомоги з доведеною ефективністю, такі, як інсультні блоки або центри спінальної травми. Проте, слід визнати, що, крім травм спинного мозку, чи інсультів, дуже часто пацієнт, що потребує реабілітації, скеровується з гострої лікарні до відділення/лікарні фізичної та реабілітаційної медицини, після чого потрапляє до закладів довготривалої допомоги, які можуть бути амбулаторними закладами, допомогою в домашніх умовах або лікарнями довготривалої допомоги. Деякі з цих пацієнтів можуть мати нові епізоди через історію природного розвитку захворювання, і знову починати те ж саме коло, можливо, з іншим закінченням. Проблема є в тому, що, зазвичай, не існує певних організаційних маршрутів, і різні структури реабілітації, як правило, управляються як «бункери»: для того самого пацієнта з тією ж проблемою кожен раз завжди повинні бути застосовані нові плани. Були запропоновані певні управлінські рішення, *напр.* міжрегіональні міжлікарняні відділення ФРМ, для сприяння цим маршрутам, які розробляються в деяких регіонах ЄС.

У висновку, лікарі ФРМ повинні мати можливість розвивати управлінські навички, враховуючи потреби сучасного стану медицини та систем охорони здоров'я. Вони повинні мати можливість очолювати мульти-професійну команду, яка працює спільно з іншими дисциплінами, для об'єднання первинних та вторинних реабілітаційних цілей, планування втручання, делегування завдань для різних членів команди та ефективної та відчутної комунікації з пацієнтами та їх родинними. Вони повинні мати можливість менеджменту пацієнтів в довгостроковій перспективі, а також у короткостроковій перспективі за їх індивідуальними маршрутами допомоги в різних реабілітаційних закладах, можливо, шляхом створення міжрегіональних відділень ФРМ. За цими критеріями, мають бути обґрунтованими задоволення від терапії, а також ефективний та економічний розподіл ресурсів охорони здоров'я.

Комунікативні навички (включаючи інформування та навчання пацієнта)

Ефективна комунікація з пацієнтами та їх доглядачами, така, як надання адекватної інформації

та забезпечення просвітою в охороні здоров'я, відіграє центральну роль у реабілітації та є визначальними навичками для лікарів ФРМ.

Основні цілі комунікації між пацієнтом та реабілітаційною командою включають сприяння взаємодії, обміну інформацією, посилення участі пацієнта та доглядачів у прийнятті рішень, уможливлення самоуправління, реагування на емоції та менеджмент невизначеності⁵⁶. Пацієнт дуже добре знає свої обмеження життєдіяльності: він вибирає своє майбутнє, і з цієї причини повинен активно брати участь у процесі прийняття рішень.

Комунікація може бути терапевтичною сама по собі, коли це призводить до кращого управління емоціями, соціальної підтримки, розширення можливостей та відповідного встановлення реабілітаційних цілей. Кілька рандомізованих контрольованих та перехресних досліджень показали, що пацієнт-центрична комунікація (чіткі пояснення, співчуття, посилення участі пацієнтів) корелює з сприятливими біологічними ефектами (зниження артеріального тиску, менша тривога, менша кількість пошкоджень органів у пацієнтів з системним червоним вовчком, вища якість життя серед пацієнтів на рак молочної залози)⁵⁷.

Гарне співробітництво в рамках мульти-професійної команди допомагає уникнути надмірної та непослідовної інформації. Командна співпраця надає пацієнтові адекватне спілкування, сформульоване відповідним компетентним професіоналом. Більш того, ключовим моментом є послідовність отриманих повідомлень, а не заплутування пацієнтів та їх родин.

Всебічна інформація, надана лікарем ФРМ щодо причини, природного перебігу та прогнозу стану здоров'я, запропонованої терапії, її механізмів дії, очікуваного функціонального результату та можливих побічних ефектів, допомагає пацієнтові сформулювати раціональне ставлення до терапії, сприяє його комплаєнтності та активній участі в терапії. У контексті серйозних, потенційно невиліковних хвороб (таких, як рак) з поганим прогнозом, пов'язаним із захворюванням, люди зазвичай покладаються на інших, щоб допомогти їм думати і відчувати себе краще через складні рішення. З іншого боку, при поганому прогнозі функціонального відновлення (при спинномозковій травмі), де є значно менше розуміння, і де сподівання (та очікування) що відновлення будуть більшими, пацієнт та доглядачі можуть не бути спроможними утримувати надану інформацію, до якої вони не готові⁵⁸. Стиль комунікації є дуже важливим у цьому контексті; лікарі ФРМ повинні бути навчені, як надавати інформацію, яка може суперечити первинним очікуванням пацієнта.

Порушення психосоціальної адаптації до обмежень життєдіяльності є частішим у пацієнтів з ознаками когнітивних розладів⁵⁹. Пацієнтові, який через стан здоров'я має обмеження життєдіяльності, або може зазнати обмежень життєдіяльності, слід надати інформацію про те, як обмеження життєдіяльності може призвести до соціальної недостатності або соціальної ізоляції, як можна запобігти цьому процесові та розповісти про права осіб з обмеженнями життєдіяльності⁶⁰. Зв'язок між надавачем послуг охорони здоров'я і пацієнтом та особами, які є значущими для неї/нього та її/його доглядачами не повинен обмежуватися одностороннім рухом інформації, а, скоріше, забезпечувати процес взаємного обміну інформацією. Знання, отримане від пацієнта щодо його життєвого досвіду обмежень життєдіяльності, має важливе значення для відповідного встановлення реабілітаційних цілей, вибору адекватних допоміжних технологій та відповідних соціальних втручань. У процесі прийняття рішень перспектива людини, яка зазнала, або може зазнати обмежень життєдіяльності, дозволяє інтегрувати безліч факторів з метою відкриття конструктивної дискусії про життєвий план.

Навчання пацієнта

Важлива роль лікаря ФРМ – це реагувати на потребу пацієнта щодо всебічної інформації про сучасні докази деяких методів та засобів втручання (*напр.* харчових добавок, деяких комплементарних та альтернативних методів), які добре рекламуються, хоча зазвичай вони мають слабкі докази. Значна частина інформації про ці методи, на яку потрапляють користувачі, є комерційною за намірами, та з загрозою дезінформації⁶¹.

Навчання в охороні здоров'я, як втручання, стосується як окремих людей, так і суспільства, та визнано Радою Європи, як основний елемент профілактики обмежень життєдіяльності⁶⁰. Серед багатьох визначень навчання пацієнтів, пов'язаного зі здоров'ям, Група Cochrane collaboration погодила розпочати «навчання або тренування пацієнтів стосовно власних потреб в галузі охорони здоров'я»⁶².

Недавні зміни в практиці охорони здоров'я та реабілітації (зменшення тривалості перебування в лікарні, дефіцит персоналу, збільшення популярності передових технологій) підвищують потребу в ефективному навчанні пацієнтів, яке спрямоване на самоуправління та промоцію здоров'я. Виміри навчання пацієнтів включають:

- знання, сприйняття та переконання щодо стану здоров'я, його наслідків, лікувальних та профілактичних заходів. Когнітивні виміри знань з охорони здоров'я охоплюють: ідентичність

(назва стану та самооцінка тяжкості), тривалість (хронічна чи гостра проблема), наслідки (фізичні, соціальні та економічні), причини (особисті уявлення про причини стану) та контроль (думка пацієнта про здатність контролювати хворобу)⁶³;

- можливості вирішення проблем: проблемна орієнтація (мотивація, ставлення, стилі мислення) та навички вирішення (визначення проблеми, створення альтернатив, прийняття рішень та реалізація рішення)⁶⁴;
- локус-контроль здоров'я та сприйняття самостійної ефективності⁶⁵;
- поведінки, пов'язані зі здоров'ям;
- стратегія подолання.

Родини/доглядачі також відіграють важливу роль у навчанні пацієнтів. Їх включення до групового навчання для стаціонарних хворих сприяє більш реалістичному плануванню виписки та збільшує участь доглядачів у подальшій допомозі⁶⁶. Втручання щодо сімей пацієнтів з важкими обмеженнями життєдіяльності зазвичай складаються з індивідуального консультування, просвіти та групової підтримки. Як освіта, так і консультування значно покращують знання доглядачів та стабілізують функціонування особами, які є значущими, хоча консультування є більш ефективним, ніж лише просвіта поодинці⁶⁷.

Важливим є час донесення освітнього вмісту. Це також стосується надання інформації пацієнту та доглядачам⁶⁸. У ранній реабілітації, коли домінують біомедичні теми, освітні цілі повинні віддзеркалювати терапевтичний процес. Психологічні та медико-соціальні аспекти, спрямовані на поведінку, пов'язану із здоров'ям, повсякденні звички, професійну освіту, вивчення соціальних навичок, повинні починатися в підгострій реабілітації з урахуванням психологічних процесів сприйняття обмежень життєдіяльності. Найближчі наслідки просвіти залежать від контексту допомоги. Це може складатися з навичок (вміння користуватися візком, повідомляти про необхідність, вміння доглядача виконувати пасивні вправи), ставлення та знання (мотивація до самостійного виконання вправ, переконання, що біль, пов'язаний з раком, може бути ефективно контрольованим). Під час хронічної стадії зміст освіти має охоплювати соціально важливі питання, а також запобігання вторинних станів.

Довготривалі цілі навчання пацієнтів, зазвичай, включають соціальну інтеграцію, незалежність, поліпшення стану ризику для здоров'я, підтримку фізичної та професійної активності, поведінкові звички захисту здоров'я (*напр.* регулярне тренування, адекватна дієта, захист стоп при діабеті),

збереження адекватних знань про стан здоров'я, реалістичні очікування щодо результату, активне ставлення до терапії. Список зразків навчального вмісту при вибраних станах здоров'я наведений в Таблиці І⁷⁶⁻¹⁰¹.

Методологія навчання пацієнтів повинна доповнити загальний реабілітаційний процес та бути результатом співпраці мульти-професійної команди. Всі члени команди несуть відповідальність за виконання елементів навчання пацієнта відповідно до їх сфери компетентностей. Лікар ФРМ, як лідер команди, відповідає за координацію освітнього процесу, включно з наданням критичної інформації (щодо діагнозу та прогнозу, особливо у випадку постійної втрати функції) та оцінювання факторів, що впливають на здатність пацієнта встановлювати реабілітаційні цілі⁶⁹. Навчальні методи повинні бути адаптовані до досвіду пацієнта та найбільш поширених психологічних профілів, характерних для певного стану здоров'я⁶⁵. Інтенсивність навчання, очікуваний найближчий ефект та діапазон наданої інформації повинні бути скоригованими відповідно до стадії лікування та попиту пацієнта (*напр.* освіта щодо сексуальності протягом гострої реабілітації при параплегії повинна обмежуватися простою інформацією про те, що здатність до досягнення задоволення не буде втрачена, тоді як у хронічній стадії зміст та форма просвіти повинні повністю відповідати потребам пацієнта та партнера)⁵⁸. Процес навчання повинен включати визначення бар'єрів навчання, отримання як знань, так і практичних навичок, оцінку та позитивне підкріплення. Застосування сучасних методів навчання (біологічного зворотного зв'язку, теленавчання) та матеріалів (інтерактивні платформи, ігри) повинно відповідати методам біопсихосоціальних втручань⁵⁸. Товариства ФРМ та реабілітаційні центри повинні публікувати освітні матеріали на основі доказів^{65,70}. Участь рівних консультантів у навчанні пацієнтів є все більш популярним при певних станах здоров'я (спинномозкові травми, ампутації). Цей підхід піднімає роль лікаря ФРМ, який повинен перевіряти якість та зміст навчання⁷¹.

Систематичні огляди та мета-аналізи показують, що хоча втручання щодо заохочення пацієнтів до розуміння та управління їх хронічними станами, підвищення комплаєнтності пацієнта, внеску доглядачів до продовження терапії і є багатобічними та раціональними, але виявляються недостатньо доказовими щодо функціонування, участі, якості життя, використання послуг, зниження прямих та непрямих витрат на терапію. Вплив просвіти є більш доказовим у складних пацієнтів^{62,71,72}.

Таблиця І. Приклади освітніх потреб при вибраних станах здоров'я⁷¹⁻⁹⁶.

Стан здоров'я	Освітній спектр
Неврологічні розлади у дітей (церебральний параліч, НЧМТ)	Пацієнт: формування та підтримка соціальних відносин, використання допоміжних пристроїв, участь у дозвіллі Доглядачі: здатність зменшувати стрес і навантаження доглядача, конфлікти з доглядачем, покращення керування проблемами поведінки дитини, техніки фізичних вправ
Стани з когнітивними порушеннями (напр. деменція, НЧМТ, психічна затримка)	Пацієнт: комунікація (включаючи невербальне спілкування), АПЖ, дозвілля та професійна (якщо можливо) активність Доглядачі: техніки медсестринського догляду, розуміння потреб пацієнта
Стани здоров'я, що супроводжуються депресією	Пацієнт: АПЖ, вираз емоцій, дозвілля та професійна активність Доглядачі: розуміння впливу захворювання, потреби пацієнта
Розлади зі спастичністю	Пацієнт: щоденні вправи на розтягнення, техніки релаксації Доглядачі: техніки медсестринського догляду та техніки вправ, використання шин (якщо показано)
Хвороба Паркінсона	Пацієнт і доглядачі: розуміння процесу захворювання, техніки фізичних вправ, підтримка соціальних відносин
Множинний склероз	Пацієнт: АПЖ, ергономіка, техніки енергозбереження Доглядачі: техніки медсестринського догляду та техніки фізичних вправ
Спинномозкові травми, мієломенінгоцеле	Пацієнт: використання візків та інших допоміжних пристроїв, менеджмент болю, АПЖ, професійна активність Пацієнт і доглядачі: профілактика пролежнів, догляд за сечовим міхуром і кишковиком, сексуальність, фертильність, техніки фізичних вправ та техніки медсестринського догляду
Неспецифічні больові розлади спини і шиї	Пацієнт: ергономіка (АПЖ, робоче місце, дозвілля), підтримка активності, фізичні вправи, техніки вибору позиції
Втрата кінцівок	Пацієнт і доглядачі на стадії перед ампутацією: прогноз функціонального відновлення, що очікується під час реабілітації Пацієнт на стадії після ампутації: АПЖ, локомоція, застосування протезів та допоміжних пристроїв, контроль болю, соціальне життя, професійна активність
Остеоартрит, запальні захворювання суглобів	Пацієнт і доглядачі: використання допоміжних пристроїв, підтримка індексу маси тіла, захист суглобів, управління стресом, техніки енергозбереження, підтримка активності
Остеопороз	Пацієнт і доглядачі: дієта, фізична активність, статичні і динамічні постуральні вправи, профілактика падінь, правильне використання ліків (напр. бісфосфонатів)
Міофасціальний біль	Пацієнт: природа симптомів, лікування, стратегії профілактики (ергономіка, техніки саморозтягування і зміцнення м'язів, самомасаж, самостійне використання холоду / тепла), техніки релаксації
Периферичні нейропатії верхньої кінцівки	Пацієнт: ергономіка (АПЖ, робота, дозвілля)
Артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, ожиріння	Пацієнт і доглядачі: розуміння факторів ризику серцевих хвороб, прогноз функціонального відновлення під час реабілітації, обізнаність про здоров'я (щоб уникнути надмірної пильності) Пацієнт: АПЖ, модифікація харчування, фізична активність, професійна активність, поведінка, пов'язана зі здоров'ям (припинення куріння), догляд за стопами (при діабеті)
Хронічне обструктивне захворювання легенів	Пацієнт і доглядачі: дихальні вправи і самоочищення дихальних шляхів, запобігання загострень Пацієнт: поведінка, пов'язана зі здоров'ям (припинення куріння), підтримка фізичної та професійної активності
Онкологічні захворювання	Пацієнт і доглядачі: менеджмент болю, підтримка активності, техніки фізичних вправ, використання допоміжних пристроїв (якщо показані), профілактика падінь
Лімфедема	Пацієнт: профілактика загострень, техніки самостійного ручного дренажу, профілактика травм і догляд за шкірою. Виконання фізичних вправ та спорт. Правильне використання компресійного трикотажу і/або бандажів
Хвороби у заключній стадії	Пацієнт і доглядачі: контроль болю, використання допоміжних пристроїв, техніки медсестринського догляду та техніки фізичних вправ. Доглядачі: плани лікування та потреби пацієнта
Літній вік	Пацієнт і доглядачі: техніки фізичних вправ, дієта, контроль болю, профілактика падінь, обґрунтована фармакотерапія, використання допоміжних пристроїв. Доглядачі: розуміння потреб пацієнта.
НЧМТ – набута черепно-мозкова травма, АПЖ – активності повсякденного життя	

Фактори, пов'язані зі здоров'ям, та особисті фактори, що перешкоджають ефективності комунікації та навчанню пацієнтів, включають мову, мовлення, усвідомлення, проблеми сприйняття та пам'яті, поганий контроль над гнівом, депресію, анамнез обмежень життєдіяльності, пов'язаних з навчанням, зловживання, хронічний біль⁷³. Не завжди можливо братися за невиліковні стани здоров'я відповідно до запиту пацієнта: це може зменшити довіру до фахівців охорони здоров'я⁶⁸. Серед факторів середовища, що знижують ефективність навчання пацієнтів, найважливішими є недостатня соціальна підтримка⁷³ та фактори, пов'язані з надавачем послуг охорони здоров'я. До них відносяться: невідповідність наявності та часу, коли пацієнт та доглядачі повністю розуміють свої навчальні потреби^{58,74}; менша кооперація або використання контрольованої поведінки; відсутність адекватних знань або відсутність комплаєнтності (напр. при наданні допоміжних пристроїв)^{74,75}; негативне ставлення та переконання щодо предмету освіти (напр. сексуальність)⁵⁸; надання пацієнту неадекватно гарного відчуття щодо його здоров'я⁶²; нехтування ширшим контекстом середовища допомоги, знанням пацієнта, цінностями, досвідом та перевагами.

Посилання

- International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). World Health Organization. 10th Revision.;
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. 10th Revision.;
- Andriy JM. [Handicap: definitions, treatment principles, recuperation process]. Bull Acad Natl Med. 1994 Oct;178(7):1301-1316; discussion 1316-1317.
- Alford V.M., Ewen S., Webb G.R., McGinley J., Brookes A., Remedios L.J. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. Disabil Rehabil. 2015;37(8):655-66.
- Magasi S., Wong A., Gray D.B., Hammel J., Baum C., Wang C.-C., et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2015 Apr;96(4):569-77.
- Escorpizo R., Bemis-Dougherty A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. Physiother Res. Int. J. Res. Clin. Phys. Ther. 2015 Dec;20(4):200-9.
- Lexell J., Brogerdh C. The use of ICF in the neurorehabilitation process. NeuroRehabilitation. 2015;36(1):5-9.
- Stinear C.M., Byblow W.D., Ward S.H. An update on predicting motor recovery after stroke. Ann. Phys. Rehabil. Med. 2014 Nov;57(8):489-98.
- Robertson J.V., Roby-Brami A. Augmented feedback, virtual reality and robotics for designing new rehabilitation methods in Rethinking physical and rehabilitation medicine. Ed Springer 2010. Didier J.P. and Bigand E.;
- Boyd L.A., Winstein C.J. Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following middle cerebral artery stroke. Phys Ther. 2003 Nov;83(11):976-89.
- Ganguly K., Poo M.-M. Activity-dependent neural plasticity from bench to bedside. Neuron. 2013 Oct 30;80(3):729-41.
- European Board of PRM physician. Training Curriculum.
- André J. Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In: Traité de médecine physique et de réadaptation. Paris: Flammarion. Held JP, Dizien O; 1999.
- Krakauer J.W. Motor learning: its relevance to stroke recovery and neurorehabilitation. Curr Opin Neurol. 2006 Feb;19(1):84-90.
- Hetherington R., Dennis M. Plasticity for recovery, plasticity for development: cognitive outcome in twins discordant for mid-childhood ischemic stroke. Child Neuropsychol J. Norm. Abnorm. Dev. Child. Adolesc. 2004 Jun;10(2):117-28.
- Didier J. La plasticité de la fonction motrice. 1st Ed. XII. Paris: Springer Medical; 2004.
- Geuze R.H. Postural control in children with developmental coordination disorder. Neural Plast. 2005;12(2-3):183-196; discussion 263-272.
- Joiner W.M., Smith M.A. Long-term retention explained by a model of short-term learning in the adaptive control of reaching. J. Neurophysiol. 2008 Nov;100(5):2948-55.
- Jørgensen H.S., Nakayama H., Raaschou H.O., Vive-Larsen J., Stuijer M., Olsen T.S. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995 May;76(5):399-405.
- Rode G., Rossetti Y., Boisson D. Inverse relationship between sensation of effort and muscular force during recovery from pure motor hemiplegia: a single-case study. Neuropsychologia. 1996 Feb;34(2):87-95.
- Feeney D.M., Baron J.C. Diaschisis. Stroke. 1986 Oct;17(5):817-30.
- Ward N.S., Brown M.M., Thompson A.J., Frackowiak R.S.J. Neural correlates of motor recovery after stroke: a longitudinal fMRI study. Brain J Neurol. 2003 Nov;126(Pt 11):2476-96.
- Lindenberg R., Renga V., Zhu L.L., Betzler F., Alsop D., Schlaug G. Structural integrity of corticospinal motor fibers predicts motor impairment in chronic stroke. Neurology. 2010 Jan 26;74(4):280-7.
- Schulz R., Koch P., Zimmerman M., Wessel M., Bunstrup M., Thomalla G., et al. Parietofrontal motor pathways and their association with motor function after stroke. Brain J Neurol. 2015 Jul;138(Pt 7):1949-60.
- Li Y., Wu P., Liang F., Huang W. The microstructural status of the corpus callosum is associated with the degree of motor function and neurological deficit in stroke patients. PloS One. 2015;10(4):e0122615.
- Levin M.F., Michaelson S.M., Cirstea C.M., Roby-Brami A. Use of the trunk for reaching targets placed within and beyond the reach in adult hemiparesis. Exp. Brain Res. 2002 Mar;143(2):171-80.
- Mateo S., Revol P., Fourtassi M., Rossetti Y., Collet C., Rode G. Kinematic characteristics of tenodesis grasp in C6 quadriplegia. Spinal Cord. 2013 Feb;51(2):144-9.
- Kitago T., Krakauer J. Motor learning principles for neurorehabilitation. Elsevier B.V. M.P. Barnes and D.C. Good; 2013.
- Izawa J., Rane T., Donchin O., Shadmehr R. Motor adaptation as a process of reoptimization. J Neurosci Off J Soc Neurosci. 2008 Mar 12;28(11):2883-91.
- Didier J.P. La plasticité de la fonction motrice: un concept structurant en médecine physique et de réadaptation. Springer-Verlag. Didier JP; 2004. 15-21 p.
- Gollhofer A., Taube W., Nielsen J.B. Routledge handbook of motor control and motor learning. Routledge International Handbooks. 2013.

32. Friston K. What is optimal about motor control? *Neuron*. 2011 Nov 3;72(3):488–98.
33. Hirano T. Long-term depression and other synaptic plasticity in the cerebellum. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci*. 2013;89(5):183–95.
34. Harber M.P., Konopka A.R., Udem M.K., Hinkley J.M., Minchev K., Kaminsky L.A., et al. Aerobic exercise training induces skeletal muscle hypertrophy and age-dependent adaptations in myofiber function in young and older men. *J. Appl. Physiol.* Bethesda Md. 1985. 2012 Nov;113(9):1495–504.
35. Taylor J.A., Ivry R.B. The role of strategies in motor learning. *Ann N Y Acad Sci*. 2012 Mar;1251:1–12.
36. Iosa M., Morone G., Ragalini M.R., Fusco A., Paolucci S. Motor strategies and bilateral transfer in sensorimotor learning of patients with subacute stroke and healthy subjects. A randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Jun;49(3):291–9.
37. J.M. Mouillie, V. Saout, I. Richard. *Rehabilitation and norms*. Paris: Springer-Verlag; Didier JP, and E Bigand E; 2010. 53-68 p.
38. Rossetti Y., Jacquin-Courtois S., Calabria M., Michel C., Ghallager S., Luauti J., et al. Testing cognition and rehabilitation in unilateral neglect by wedge prism adaptation: multiple interplays between sensorimotor adaptation and spatial cognition. Japan: Springer. K. Kansaku K.; Cohen L.G., Birbaumer N; 2015.
39. Wilkinson D.A. Visual-motor control loop: a linear system? *J Exp Psychol*. 1971 Aug;89(2):250–7.
40. Jakobson L.S., Goodale M.A. Trajectories of reaches to prismatically-displaced targets: evidence for “automatic” visuomotor recalibration. *Exp Brain Res*. 1989;78(3):575–87.
41. Michel C., Pisella L., Prablanc C., Rode G., Rossetti Y. Enhancing visuomotor adaptation by reducing error signals: single-step (aware) versus multiple-step (unaware) exposure to wedge prisms. *J Cogn Neurosci*. 2007 Feb;19(2):341–50.
42. Rode G., Lacour S., Jacquin-Courtois S., Pisella L., Michel C., Revol P., et al. Long-term sensorimotor and therapeutical effects of a mild regime of prism adaptation in spatial neglect. A double-blind RCT essay. *Ann Phys Rehabil Med*. 2015 Apr;58(2):40–53.
43. Michel C., Gaveau J., Pozzo T., Papaxanthi C. Prism adaptation by mental practice. *Cortex J. Devoted Study Nerv. Syst. Behav*. 2013 Sep;49(8):2249–59.
44. Rossetti Y., Rode G., Pisella L., Farni A., Li L., Boisson D., et al. Prism adaptation to a rightward optical deviation rehabilitates left hemispatial neglect. *Nature*. 1998 Sep 10;395(6698):166–9.
45. Jacquin-Courtois S., O’Shea J., Luauti J., Pisella L., Revol P., Mizuno K., et al. Rehabilitation of spatial neglect by prism adaptation: a peculiar expansion of sensorimotor after-effects to spatial cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 May;37(4):594–609.
46. Michel C. Beyond the Sensorimotor Plasticity: Cognitive Expansion of Prism Adaptation in Healthy Individuals. *Front Psychol*. 2015;6:1979.
47. Plant S.E., Tyson S.F., Kirk S., Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehabil*. 2016 Sep;30(9):921–30.
48. Lefebvre H., Levert M.J. Breaking the news of traumatic brain injury and incapacities. *Brain Inj*. 2006 Jun;20(7):711–8.
49. DeLisars *Physical Medicine & Rehabilitation. Principles and Practice*. V. Chapter 13.
50. Lexell J. What’s on the horizon: defining physiatry through rehabilitation methodology. *PM R*. 2012 May;4(5):331–4.
51. de Haes H., Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):287–94.
52. Street R.L., Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295–301.
53. Herson L., Hart K.A., Gordon M.J., Rintala D.H. Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. 1999 Aug;24(4):148–51.
54. Davidoff G.N., Roth E.J., Richards J.S. Cognitive deficits in spinal cord injury: epidemiology and outcome. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992 Mar;73(3):275–84.
55. Council Of Europe S. Recommendation No. R (92) 6 of the Committee of Ministers to Member States on a coherent policy for people with disabilities. 1992.
56. Gay R.E., Bauer B.A., Yang R.K. *Integrative medicine in rehabilitation*. 4th Edition; Elsevier, Saunders. Braddom R.L.; 483-97 p.
57. Coster S., Norman I. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2009 Apr;46(4):508–28.
58. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 1985;4(2):115–35.
59. Elliott T.R., Hurst M. Social Problem Solving and Health. *Bienn. Rev. Couns. Psychol*. 2008 Jul 1;1:295–309.
60. Gelis A., Stefan A., Colin D., Albert T., Gault D., Goossens D., et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: a review of the literature. *Ann. Phys. Rehabil. Med*. 2011 May;54(3):189–210.
61. Brillhart B., Stewart A. Education as the key to rehabilitation. *Nurs Clin North Am*. 1989 Sep;24(3):675–80.
62. Evans R.L., Matlock A.L., Bishop D.S., Stranahan S., Pederson C. Family intervention after stroke: does counseling or education help? *Stroke*. 1988 Oct;19(10):1243–9.
63. Hearn J.H., Cotter I., Fine P., A Finlay K. Living with chronic neuropathic pain after spinal cord injury: an interpretative phenomenological analysis of community experience. *Disabil Rehabil*. 2015;37(23):2203–11.
64. Draaistra H., Singh M.D., Ireland S., Harper T. Patients’ perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program. *Can J Neurosci Nurs*. 2012;34(3):22–30.
65. Gremaux V., Coudeyre E. The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 Dec;53(10):669–92.
66. Stewart R., Bhagwanjee A. Promoting group empowerment and self-reliance through participatory research: a case study of people with physical disability. *Disabil Rehabil*. 1999 Jul;21(7):338–45.
67. Cooper H., Booth K., Fear S., Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Educ Couns*. 2001 Aug;44(2):107–17.
68. North N.T.. The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*. 1999 Oct;37(10):671–9.
69. Cox R.J., Amsters D.I., Pershous K.J. The need for a multidisciplinary outreach service for people with spinal cord injury living in the community. *Clin Rehabil*. 2001 Dec;15(6):600–6.
70. Powell-Cope G., Moore D.H., Weaver F.M., Thomason S. Perceptions of practice guidelines for people with spinal cord injury. *Rehabil Nurs Off J. Assoc. Rehabil. Nurses*. 2015 Apr;40(2):100–10.
71. Ponsford J., Willmott C., Rothwell A., Cameron P., Ayton G., Nelms R., et al. Impact of early intervention on outcome after mild traumatic brain injury in children. *Pediatrics*. 2001 Dec;108(6):1297–303.
72. Braga L.W., Da Paz A.C.J., Ylvisaker M. Direct clinician-delivered versus indirect family-supported rehabilitation of

- children with traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Brain Inj.* 2005 Sep;19(10):819–31.
73. Zientz J., Rackley A., Chapman S., et al. *J. Med. Speech. Lang. Pathol.* Evidence-based practice recommendations: educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies. 2007;
 74. Desrosiers J., Noreau L., Rochette A., Carbonneau H., Fontaine L., Viscogliosi C., et al. Effect of a home leisure education program after stroke: a randomized controlled trial. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007 Sep;88(9):1095–100.
 75. Baker N.A., Tickle-Degnen L. The effectiveness of physical, psychological, and functional interventions in treating clients with multiple sclerosis: a meta-analysis. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* 2001 Jun;55(3):324–31.
 76. Anson K., Ponsford J. Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2006 Feb;20(2):167–78.
 77. Mathiowetz V.G., Finlayson M.L., Matuska K.M., Chen H.Y., Luo P. Randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2005 Oct;11(5):592–601.
 78. Mathiowetz V., Matuska K.M., Murphy M.E. Efficacy of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2001 Apr;82(4):449–56.
 79. Vanage S.M., Gilbertson K.K., Mathiowetz V. Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* 2003 Jun;57(3):315–23.
 80. Anderson T.P., Newman E., Dryja R., Price M. Urinary tract care: improvement through patient education. *Arch Phys Med Rehabil.* 1983 Jul;64(7):314–6.
 81. Cardenas D.D., Hoffman J.M., Kelly E., Mayo M.E. Impact of a urinary tract infection educational program in persons with spinal cord injury. *J. Spinal. Cord. Med.* 2004;27(1):47–54.
 82. Hagglund K., Clark M., Schopp L., Sherman A., Acuff M. Consumer assistant education to reduce the occurrence of urinary tract infections among persons with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2005. 53–62 p.
 83. Garber S.L., Rintala D.H., Holmes S.A., Rodriguez G.P., Friedman J. A structured educational model to improve pressure ulcer prevention knowledge in veterans with spinal cord dysfunction. *J Rehabil Res Dev.* 2002 Oct;39(5):575–88.
 84. Pellerito J.M. The effects of traditional and computer-aided instruction on promoting independent skin care in adults with paraplegia. *Occup Ther Int.* 2003;10(1):1–19.
 85. Schubart J. An e-learning program to prevent pressure ulcers in adults with spinal cord injury: a pre- and post- pilot test among rehabilitation patients following discharge to home. *Ostomy Wound Manage.* 2012 Oct;58(10):38–49.
 86. Viehbeck M., McGlynn J., Harris S. Pressure ulcers and wound healing: educating the spinal cord injured individual on the effects of cigarette smoking. *SCI Nurs Publ Am Assoc Spinal Cord Inj Nurses.* 1995 Aug;12(3):73–6.
 87. King R.B., Porter S.L., Vertiz K.B. Preventive skin care beliefs of people with spinal cord injury. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses.* 2008 Aug;33(4):154–62.
 88. Sheppard R., Kennedy P., Mackey C. Theory of planned behaviour, skin care and pressure sores following spinal cord injury. *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2006;
 89. Morison M.J. Pressure sore management: the patient's role. *Prof Nurse Lond Engl.* 1989 Dec;5(3):134, 136, 138 passim.
 90. Rintala DH, Garber SL, Friedman JD, Holmes SA. Preventing recurrent pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: impact of a structured education and follow-up intervention. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2008 Aug;89(8):1429–41.
 91. Norrbrink Budh C., Kowalski J., Lundeborg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med.* 2006 May;38(3):172–80.
 92. Little P., Lewith G., Webley F., Evans M., Beattie A., Middleton K., et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *Br J Sports Med.* 2008 Dec;42(12):965–8.
 93. Waddell G., Burton K. Information and advice for patients. Edinburgh, UK, Churchill Livingstone. Waddell G; 2004. 323-342 p.
 94. van Tulder M.W., Koes B., Malmivaara A. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* 2006 Jan;15 Suppl 1:S64–81.
 95. Liddle S.D., Gracey J.H., Baxter G.D. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther.* 2007 Nov;12(4):310–27.
 96. Poquet N., Lin C.-W.C., Heymans M.W., van Tulder M.W., Esmail R., Koes B.W., et al. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016 Apr 26;4:CD008325.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Stefano Negrini, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Charlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini.
- Учасники: Jean-Pierre Didier, Sara Laxe, Gilles Rode, Piotr Tederko, Carine Michel, Jean Paysant, Yves Rossetti, Anthony B Ward, Nino Basaglia, Walter Frontera, Andrew J. Haig, Leonard Li, Jianan Li, Luca Padua, Dominic Perennou.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

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

Розділ 7 – Сфера клінічних компетентностей: ФРМ на практиці

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

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

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

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

Діагноз в фізичній та реабілітаційній медицині – це взаємодія між медичним діагнозом та специфічним функціональним оцінюванням в ФРМ. Останнє базується на концептуальній структурі МКФ та отримується завдяки функціональним оцінкам та шкалам: вони класифікуються відповідно до їх основного фокусу на порушеннях, обмеженнях активності або обмеженнях можливості участі; фактори середовища та особисті фактори включені, як бар'єри або сприятливі чинники. Інтервенції у ФРМ надаються або безпосередньо лікарями ФРМ, або за допомогою команди ФРМ. Вони включають широкий спектр втручань, включаючи медикаментозне лікування, фізичну терапію, вправи, навчання та багато іншого. Стандартизовані програми ФРМ доступні для багатьох захворювань та функціональних проблем. У більшості випадків реабілітація виконується мульти-професійними командами, які працюють спільно, а також з іншими дисциплінами під керівництвом лікаря ФРМ, і це є пацієнт-центричний підхід.

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

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

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 7. Сфера клінічних компетентностей: ФРМ на практиці. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 113–144.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ), сфера компетентностей, діагноз у ФРМ, оцінювання ФРМ,

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям

і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей підрозділ систематично представляє практичну роботу лікарів ФРМ з описом:

– обсягу та компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини, починаючи з її визначення як «медицини функціонування», відповідальної за реабілітаційну стратегію, що застосовується разом із лікувальною стратегією, коли останньої

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

Сфера компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини

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

Для кращого розуміння обсягів компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини, взаємодія лікувальної та реабілітаційної стратегій продемонстрована на Малюнку 1⁶. Якщо пацієнт із певним станом здоров'я не має відповідних обмежень функціонування, лікування його хвороби є достатнім для вирішення проблеми. Якщо пацієнт зазнає обмежень життєдіяльності, що пов'язані з його станом здоров'я, застосовується інакша стратегія, спрямована, відповідно, на зменшення обмежень життєдіяльності або підтримку функціонування. Ця стратегія називається реабілітаційною стратегією^{3,4}. У цьому випадку єдине застосування лише лікувальних стратегій може не вирішити проблему, і може залишитися певна ізоляція від суспільства. Для ФРМ є специфічним поєднання лікувальної і реабілітаційної стратегій шляхом застосування множинних інтервенцій, спрямованих як на лікування патології, так і на подолання обмежень життєдіяльності⁷.

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

Цей розділ переважно описує клінічний підхід лікарів ФРМ із захворюванням або порушенням, як відправною точкою. Проте сфера компетентностей включає освіту та навчання, також, як і менеджмент, координацію та консультації. Складність завдань з реабілітації показана на Малюнку 2⁹ ієрархічною структурою зі зростаючою

складністю (рівні від I до V). У той час, як на рівнях I та II провідну значну роль відіграє найбільш середовище і первинна медична допомога, в більш складних ситуаціях (рівні III та IV) допомогу надають лікарі ФРМ, як самостійно, так і в рамках мульти-професійної команди. Верхівка піраміди описує високоспеціалізовані послуги для пацієнтів із складними реабілітаційними потребами та цілями та/або менш поширеними станами здоров'я на початку специфічних обставин, та реабілітацію при станах здоров'я (*напр.* спинномозкова травма, черепно-мозкова травма, хронічний больовий синдром, літній вік).

На рівнях від III до V лікарі ФРМ безпосередньо надають втручання та послуги. Проте, лікарі ФРМ можуть також зробити свій внесок на рівнях I та II, зокрема шляхом надання провісти і навчання іншим надавачам послуг охорони здоров'я. Як і в багатьох випадках, можуть знадобитись різні рівні реабілітації, і цей процес має бути координованим. Ця координація є основною компетентністю лікарів ФРМ, та може бути потрібною для організаторів охорони здоров'я, в разі потреби в консультаванні їх експертами.

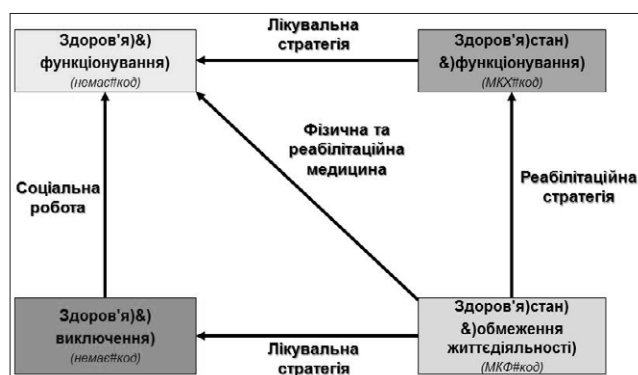
Процес реабілітації: оцінювання, встановлення цілей, втручання і фінальна оцінка

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

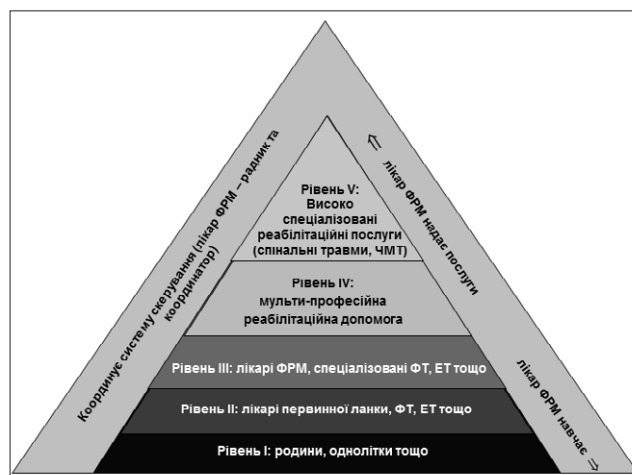
- оцінювання,
- встановлення цілей,
- втручання,
- фінальна оцінка¹¹.

Вони можуть бути описані наступним чином (Вставка 1):

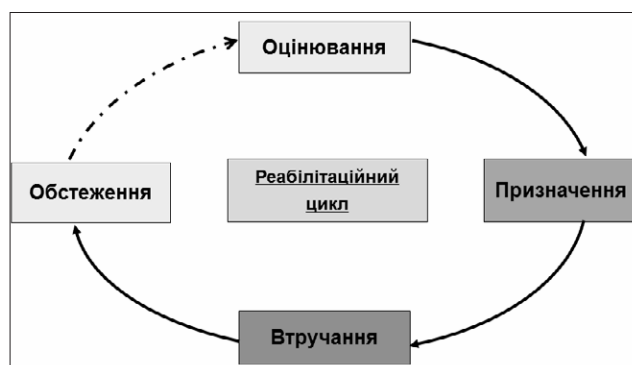
- Оцінювання: на першій стадії виявляється наявність та тяжкість проблем пацієнта. Ця ідентифікація включає оцінювання функціонування, що ґрунтується на моделі МКФ, і, таким чином, створює перелік порушень функцій та структур організму, обмеження активності та обмеження можливості участі¹². Додатково, ідентифікуються фактори середовища (такі, як підтримка і ставлення родини, друзів, роботодавця або



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



Малюнок 2: Піраміда рівнів спеціалізації реабілітації, що пов'язана зі здоров'ям, а також роль лікаря фізичної та реабілітаційної медицини в наданні допомоги, координації послуг та освіті і навчанні (з Gutenbrunner et al.)⁹



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

спільноти, фізичне середовище, послуги охорони здоров'я та інші тощо), особисті фактори (такі як спосіб життя, звички, освіта, раса / етнічна приналежність, життєві події або соціальний фон), прогностичні фактори, реабілітаційний потенціал особи та її потреби, побажання і очікування. Різні члени мульти-професійної команди ФРМ, що працює спільно (під керівництвом

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

Пацієнт, що страждає від черепно-мозкової травми, надійшов до реабілітаційного відділення, щоб розпочати реабілітаційну програму. Першим кроком реабілітаційного циклу є оцінювання, спрямоване на визначення проблеми, яка пов'язана з обмеженням життєдіяльності. Ми можемо визначити часткову втрату сили м'язів у 4 кінцівках (b730.2), у нього порушена увага (b140.2) і є серйозні порушення пам'яті (b144.3). Він вказує на біль при рухах правого стегна. Ці порушення призводять до зниження здатності отримання інформації, яка за допомогою сприяння осіб та технологій може дати хороше виконання (d132.23). Існують проблеми в Зміні та підтримці положень тіла (d410 – d429), Несенні, переміщенні та користуванні об'єктами (d430 – d449), Ходьбі та пересуванні (d450 – d469), Митті, що добре виконується з допомогою (d510.12)

Другий крок – це призначення фахівців охорони здоров'я – членів команди для вирішення проблем. Третя фаза – це тип втручання. Лікар ФРМ координує ці фази, обговорюючи з командою пріоритети втручань та ціль модифікації.

Підсумок цих трьох фаз наведений нижче.

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

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

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

лікаря ФРМ) можуть зробити свій внесок до цієї стадії оцінювання з їх конкретними професійними знаннями про особу і його/її функціонування (Таблиця І).

– встановлення цілей: з урахуванням проблем та потенціалу, виявлених на стадії оцінювання, протягом стадії встановлення цілей створюється реабілітаційний план, специфічний для конкретної особи. Цей план включає короткострокові та довгострокові цілі для пацієнта, і пропонує часові терміни, протягом яких вони повинні бути досягнені. Першорядним значенням для встановлення реалістичних та досяжних цілей є залучення пацієнта та родини/доглядачів впродовж стадії встановлення цілей. Ця стадія включає також призначення конкретних втручань відповідно до встановлених цілей та, згодом, і відповідального члена(-ів) мульти-професійної команди ФРМ (за керівництвом лікаря ФРМ) для проведення інтервенцій¹³. Вибір втручань значно полегшується з використанням моделі МКФ¹⁴.

- Втручання: на стадії втручань здійснюються усі терапевтичні, навчальні та допоміжні інтервенції, зазначені в реабілітаційному плані відповідно до встановлених цілей (*див. нижче*). Втручання повинні бути спрямовані на запобігання, стабілізацію, покращення чи відновлення порушень функцій та структур організму, а також на оптимізацію активності та участі, зважаючи на здатність та виконання людини, а також відповідне середовище⁴.
- Фінальна оцінка: нарешті, оцінюються результати програм втручання порівняльно з поставленими цілями. Іншими словами, оцінка результатів проводиться з метою оцінки рівня досягнення цілей. На цьому етапі команда ФРМ повинна визначити, чи ще існують не вирішені, але розв'язні проблеми, при наявності яких процес реабілітації слід продовжувати. Для цього проводиться перегляд та перепланування існуючої програми ФРМ відповідно до нової

цілі або, якщо процес реабілітації буде завершено¹¹. Цей процес є повторюваним, і якщо залишаються проблеми/питання, що потребують втручання, цикл продовжується до досягнення цілей (Малюнок 1). Протягом більшості стадій реабілітаційного процесу команда ФРМ використовує різні інструменти оцінювання, для встановлення наявності та ступеня важкості проблем, інформування про планування інтервенцій, моніторингу прогресу, прогнозування відновлення та планування виписки¹⁵. Використання стандартних інструментів оцінювання (вимірювання результатів) в межах процедури оцінювання на основі МКФ підвищує комунікацію між членами команди. Наприкінці реабілітаційного процесу пацієнт та його/її родина/доглядач повинні бути поінформовані про подальшу підтримку здоров'я, подальші спостережні візити, якщо необхідно, та способи повторного доступу до послуг.

Таблиця 1: Приклади деяких проблем, що розглядаються у реабілітаційному плані

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

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

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

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

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

Відповідно до концептуального опису фізичної та реабілітаційної медицини^{3,4}, будь-яка хвороба, патологія або стан здоров'я, що спричиняє порушення функцій та/або структур організму, обмеження активності або обмеження можливості участі, належить до сфери діяльності ФРМ. Найважливіші групи станів здоров'я (захворювання та порушення, включаючи вроджені аномалії, стрес та вікові проблеми, а також пошкодження та трав-

ми), які лікують лікарі ФРМ, наведені в таблиці П (повний перелік може бути знайдений у додатку 2)^{1,2,18}. Цей список відноситься до найсучаснішої версії Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)¹⁹. Перелік був розширений на підставі результатів семінару, проведеного International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), який визначив стани здоров'я, що потребують реабілітації^{20,21} (Вставка 2).

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

25-річний чоловік зазнав дуже важкої черепно-мозкової травми після дорожньо-транспортної пригоди. Його порушення включали сплутаність, дезорієнтацію, збудження і неможливість ковтати. Тому він мав серйозний ризик розвитку аспіраційної пневмонії, яка загрожувала життю та могла порушити подальше відновлення його мозкових функцій. Додатково, в нього швидко розвинулись контрактури нижніх кінцівок внаслідок знерухомлення та надмірної активності м'язів (спастичність).

Відповідно, координувана реабілітація забезпечила йому знаходження в тихому середовищі та допомагала комунікації та розумінню його ситуації. Лікування було спрямоване на зниження тривоги шляхом підходу до контролю поведінки. Для запобігання аспіраційної пневмонії та забезпечення адекватного харчування йому був встановлений зонд для годування через перкутанну ендоскопічну гастростомию (ПЕГ). Лікування контрактур включало зниження спастичності, фізичної терапії та етапного ортезування. Після багатьох місяців інтенсивної реабілітації він зміг повернутися додому з поліпшенням поведінки. Ковтання відновилося так, що він міг нормально харчуватися, та ПЕГ було видалено. Він почав ходити, і пізніше зміг повернутися до оплачуваної роботи.

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

Лікарі ФРМ можуть також забезпечувати втручання для певних гінекологічних та урологічних станів^{1,2} або порушень шкіри та підшкірної тканини, що мають відношення до ФРМ (*напр.* пролежневі виразки, вторинні пошкодження шкіри внаслідок контрактур).

Існує цілий ряд загальних проблем при багатьох станах здоров'я, з якими лікарі ФРМ стикаються щодня^{1,2}. Вони можуть включати:

- тривалий постільний режим та іммобілізація, що призводить до декондиціонування пацієнтів і, як наслідок, спричиняє втрату фізичного та психологічного функціонування;
- рухові дефіцити, які викликають слабкість та/або сенсорний дефіцит з втратою особистого функціонування;

- спастичність, що призводить до деформації кінцівок та проблем зовнішнього вигляду;
- больові синдроми;
- труднощі комунікації;
- зміни настрою, поведінки та особистості;
- дисфункції сечового міхура і кишківника, які зазвичай зустрічаються у пацієнтів з обмеженими життєдіяльністю;
- пролежні, як ризик при знерухомленості у випадках спинно-мозкових травм, діабету, погіршенні фізичного стану і похилому віці;
- дисфагію – стан порушення ковтання, при якому люди втрачають насолоду від їжі, а також є ризик аспіраційної пневмонії та недоїдання;
- сексуальну дисфункцію, що охоплює проблеми ідентичності та самореалізації, а також функціонування органів;
- зміни в сімейній динаміці, особистих стосунках, можливостях кар'єри та фінансовій безпеці.

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

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

Діагностика хвороб у фізичній та реабілітаційній медицині (медичний діагноз)

Діагноз в фізичній та реабілітаційній медицині включає медичний діагноз та функціональне оцінювання. Стан здоров'я є узагальнюючим терміном для хвороб, розладів, пошкоджень або травм, а також інших обставин, таких як вагітність, ста-

ріння, вроджена аномалія або генетична схильність¹². Оскільки широкий спектр медичних станів покривається фізичною та реабілітаційною медициною, лікар ФРМ визнає необхідність постановки одного (або кількох) визначених медичних діагнозів перед початком лікування і проведення проблемно-орієнтованих втручань фізичної та реабілітаційної медицини.

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

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

Для діагностики багатьох станів здоров'я величезне значення мають методи візуалізації. Одним з загальних методів є рентгенологічне дослідження. Воно дозволяє підтверджувати діагноз і здійснювати моніторинг стаціонарних пацієнтів. Перш за все, рентгенологічне обстеження дає інформацію про ураження кісток, а також про кальцифікацію в пухлинах, м'яких тканинах, кровоносних судинах тощо. Завдяки своїм численним перевагам ультразвукове дослідження опорно-рухового апарату відіграє важливу роль в діагностиці, а також при моніторингу різних м'язово-скелетних порушень. На відміну від рентгенологічного дослідження та рентгенівської комп'ютерної томографії, воно не потребує радіаційного опромінення, є неінвазивним і, насамперед, для нього немає відомих протипоказань. Крім того, існує можливість повторного ультразвукового обстеження, і воно дуже чутливе до змін. Це дозволяє потенційно використовувати ультразвукове обстеження для моніторингу прогресування захворювання і оцінки терапевтичної ефективності місцевого та системного лікування. Додатково до стандартних ульт-

развукових досліджень, зараз збільшується використання кольорового доплерівського та енергетичного доплерівського ультразвукового дослідження в діагностиці синовіту, теносиновіту, ентезиту та бурситу. Енергетичне доплерівське дослідження, яке дуже чутливе у демонстрації запалення, зазвичай використовується при ревматологічних захворюваннях, для діагностики та моніторингу синовіту, травматичних ушкоджень, *напр.* під час лікування тендиніту або при оцінці об'ємних уражень (порівняння доброякісних та злоякісних змін)²⁵.

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

но інтерпретованими. Результати цього обстеження повинні уможливити виявлення основних патологічних процесів, таких, як: гіперактивність детрузора під час фази наповнення сечового міхура, недостатність сфінктера під час фази наповнення сечового міхура, гіпоактивність детрузора або аконтрактильний детрузор під час фази випорожнення сечового міхура, детрузорно-сфінктерна диссинергія під час фази випорожнення сечового міхура, сенсорна дисфункція під час фази наповнення та випорожнення сечового міхура. У деяких випадках фізикальне, уродинамічне та електродіагностичне обстеження можуть використовуватися для оцінки прогнозу відновлення, або для оцінки прогресування захворювання, або оцінки самого підходу до менеджменту.

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

Окрім клінічного обстеження, візуалізація та лабораторне обстеження, вимірювання функціональних обмежень та функціонального потенціалу, який стосується програми ФРМ, є основною частиною діагностики в фізичній та реабілітаційній

медицині. Ці вимірювання можуть включати аналіз функцій м'язів (сила, електрична активність тощо), гоніометрію для діапазону руху суглобів, тестування циркуляторних функцій (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, стрес-навантаження), легеневої функції, балансу і ходи, рукостискання та інших¹⁸.

Багатомірне оцінювання функціонування (функціональне оцінювання)

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

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

Функції та структури організму систематично класифіковані у восьми відповідних розділах МКФ⁵. Функціями організму, що вимагають оцінювання при більшості м'язово-скелетних станів є біль, рухливість суглобів, стабільність суглобів, м'язова сила, м'язовий тонус, витривалість м'язів, енергія, сон, емоційні функції, толерантність до фізичних вправ, патерни ходьби і сексуальні функції. Оцінювання функцій організму при неврологічних станах має також включати пізнавальні функції (свідомість, орієнтація, увага, пам'ять, мова, сприйняття), дотик та інші чутливі функції, функції голосу та мовлення, контроль довільного руху, дефекація та сечовипускання. Деформації суглобів, атрофія м'язів, структурні порушення

Таблиця III. – Діагностичні інструменти та засоби оцінювання в фізичній та реабілітаційній медицині: активність, участь та контекстуальні фактори

Засоби спеціального клінічного та технічного оцінювання активності та участі
<ul style="list-style-type: none"> • Спритність: Nine Hole Peg Test, Box & Block test, тест функції кисті Jebsen-Taylor • Використання кисті та руки: Motor Activity Log, ABILHAND, Action Research Arm Test, Cochin Hand Scale, The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Score та інші шкали. • Баланс: Шкала Балансу Berg, Timed «Up and Go Test», Functional Reach Test, субшкала балансу тесту Fugl-Meyer, Postural Assessment Scale for Stroke, статична та динамічна постурографія, інерційні датчики для носіння та інші шкали виконання • Мобільність: Functional Ambulation Category, тест ходьби на 10 метрів, тест ходьби за 6 хвилин, індекс мобільності Rivermead тощо. • Активність повсякденного життя: Health Assessment Questionnaire, індекс Barthel, Functional Independence Measure (FIM™) • Інструментальні та розширені активності повсякденного життя: Індекс активностей Frenchay, Шкала активностей повсякденного життя Rivermead тощо. • Активність та участь: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II), модифікована шкала Rankin, London Handicap Scale, Impact on Participation and Autonomy Questionnaire, Participation Profile, Participation Scale, Keele Assessment of Participation, LIFE-H, EuroQol 5 та інші шкали самооцінки. • Системи телемоніторингу для реабілітації • Електроміографічні пристрої • Діагностичні ультразвукові пристрої • Робота: оцінювання роботи та продуктивної активності (включаючи оцінку функціональної здатності та аналіз місця роботи), опитувальники для самостійного заповнення (<i>напр.</i> Work Limitations Questionnaire, World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire, Workplace Activity Limitations Scale тощо) • Оцінка керування транспортним засобом.
Оцінювання контекстуальних факторів та потреб
<ul style="list-style-type: none"> • Відповідні фактори середовища: продукти та технології для особистого користування у повсякденному житті, мобільність та переміщення у приміщенні / назовні; природне та фізичне середовище; підтримка з боку родини, друзів, доглядачів, громади, фахівців охорони здоров'я, роботодавців тощо; ставлення людей та суспільства, послуги, системи та політики. • Особисті фактори: спосіб життя, звички, освіта, раса / етнос, життєві події або соціальні базові потреби. • Потреби в обладнанні, персональне пересування (<i>напр.</i> візки). • Потреби в адаптації середовища (<i>напр.</i> проживання). • Доступ до інформаційних технологій, медична грамотність.

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

55-річний чоловік з хворобою Паркінсона відвідав амбулаторний заклад з мульти-професійною командою фізичної та реабілітаційної медицини. Він був скерований його сімейним лікарем, для оцінювання, чи можуть додаткові реабілітаційні втручання поліпшити його повсякденну активність, і чи він має можливість повернутись до роботи після професійної реабілітації.

Після клінічного обстеження лікарем ФРМ пацієнт заповнив набір оцінювальних анкет, включаючи Pain Disability Scale, Multidimensional Assessment of Fatigue Scale, Hospital Anxiety Depression Scale, Unified Parkinson Disease Rating Scale та Medical Outcomes Study Short Form 36 та Work Ability Index.

Відповідно до Європейських настанов з фізичної терапії при хворобі Паркінсона, фізичний терапевт оцінила функції організму та активності такі, як баланс, толерантність до фізичного навантаження, зміна основних положень тіла та ходьба. Вона провела тест Timed-up and go та аналіз ходи. Ерготерапевт оцінив функцію кисті із застосуванням Nine-hole-peg test та виконання повсякденних активностей, таких, як використання їжі, користування туалетом, користування одягом та взуттям та миття. Додатково, він оцінив функції, пов'язані з його професійною участю, як адміністратора, такі як писання, використання комп'ютера та користування паперовими файлами. Психолог перевіряв здатність до концентрації та вивчив психічні проблеми. Нарешті, але не менш важливо, соціальний працівник вивчив соціальну ситуацію пацієнта та можливості соціальної компенсації та адаптації робочого місця.

Результати оцінювання були обговорені на зборах команди фізичної та реабілітаційної медицини спільно з пацієнтом та під керівництвом лікаря ФРМ. Зроблено висновок, що 6-тижнева мульти-професійна реабілітація, включаючи фізичну терапію, ерготерапію, психотерапію, може покращити загальну придатність і працездатність пацієнта. Було визнано реалістичним, що пацієнт може повернутися до роботи, але, найімовірніше, зі скороченим щоденним робочим часом. Пацієнт був проінструктований щодо того, де та як подавати заявку на соціальну компенсацію та програму інтеграції до роботи з неповним робочим днем.

різних м'язово-скелетних ділянок, що визначаються рентгенівськими і іншими методами візуалізації, структурні порушення головного, або спинного мозку, що продемонстровані з використанням різних методів візуалізації, та пролежні є прикладами порушень структур організму, які зазвичай оцінюються в сфері ФРМ. Функції та структури організму можливо оцінювати з використанням анамнезу, фізикального обстеження, лабораторних досліджень, методів візуалізації, деяких клінічних, електрофізіологічних обстежень чи нейропсихологічних тестів або опитувальників для самостійного заповнення. Прикладами інструментів оцінювання функцій організму, які широко використовуються, є Beck Depression Inventory для депресії, Mini

Mental State Examination для деяких когнітивних функцій та Modified Ashworth Scale для оцінювання м'язового тону²⁷.

Лікарі ФРМ можуть також використовувати стандартизовані технічні оцінювання виконання, такі як аналіз ходьби, динамометрія м'язів та інших рухових функцій. В процесі фізичної та реабілітаційної медицини при роботі з пацієнтами з певними станами можуть знадобитися спеціалізовані діагностичні методи оцінювання, *напр.* оцінка дисфагії при інсульті, електродіагностичні тести при пошкодженні периферичних нервів, уродинамічні вимірювання при пошкодженнях спинного мозку або тести оцінювання когнітивних функцій при черепно-мозковій травмі^{1,2}.

«Активність та участь» представлені в 9 доменах, як єдиний список в МКФ⁵. Активність – це основні завдання чи дії, що представляють індивідуальну перспективу функціонування. В фізичній та реабілітаційній медицині було б розумно операціонізувати «активність», як окремий рівень оцінювання. У цьому випадку в якості «активності» можуть розглядатися домени: навчання та застосування знань, загальні завдання та потреби, спілкування, мобільність, самообслуговування та, певною мірою, життя вдома. «Участь» представляє суспільну перспективу функціонування та включає міжособистісні взаємодії та взаємини, життєві заходи, такі як життя вдома, освіта, робота та зайнятість, громадське, соціальне та цивільне життя²⁸. Термін «функціональне оцінювання», що використовується в медичній літературі, відповідає оцінюванню «активності та участі». Можна оцінювати виконання, описуючи те, що робить особа в його нинішньому середовищі, або здатність, яка описує можливість персони виконувати завдання або дію, і це оцінювання слід виконувати в «стандартизованому» середовищі²⁸. Хоча спостерігаються кореляції між здатністю і виконанням, коливаються від помірних до високих, фактори середовища та особисті фактори (такі, як мотивація) мають значний вплив на виконання активностей²⁹.

Оцінювання активності та участі може бути здійснено за допомогою різних методів, що включають безпосереднє опитування функціонального анамнезу, спостереження за активністю, використання стандартизованих функціональних шкал (опитування щодо активності повсякденного життя, інструментальна активність повсякденного життя, когнітивне функціонування, участь тощо) або спеціальні тести виконання, такі, як спритність, рівновага або ходьба. Більшість інструментів оцінювання, що використовуються у сфері ФРМ, оцінюють активність^{30,31}. Оціню-

вання може зосереджуватися на спеціальній активності, такій, як мобільність або спритність, або поєднання таких активностей. Наприклад, Rivermead Mobility Index оцінює мобільність, тоді, як Nine Hole Peg Test оцінює спритність. Індекс Бартела і Functional Independence Measure (FIMTM) зазвичай використовують загальні шкали обмежень активності, перший оцінює фізичну активність у повсякденному житті, останній оцінює як фізичні, так і пізнавальні аспекти повсякденного життя³² (комплексний список опитувальників і інших інструментів комплексного оцінювання, що використовуються в ФРМ, наведений у Додатку 3).

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

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

Втручання в фізичній та реабілітаційній медицині

Фізична та реабілітаційна медицина використовує широкий спектр біомедичних та технологічних втручань. Втручання ФРМ, які відповідають

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

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

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

52-річний чоловік із цукровим діабетом 2 типу і гангреною стоп переніс трансгібіальну ампутацію. Він отримав передопераційне консультування, яке дозволило йому справитись з майбутніми змінами в його тілі та способі життя. Це включало заходи, що підготували його до боротьби зі змінами чутливості, виглядом тіла та порушеннями балансу і дозволили йому займатися реабілітацією.

Фізична терапія почалася протягом ранньої після операційної фази з дихальної терапії та профілактики тромбозу та контрактур. Увага була приділена формуванню адекватної кукси з перев'язками та зменшенню набряку кукси. Він почав ходити з тимчасовим протезом і були проведені виміри для постійного. Це було зроблено з обговоренням з пацієнтом щодо рівня та характеру його фізичних вимог і цілей. Була звернута увага на можливі потреби у адаптації вдома, на робочому місці або машині. Був вивчений його шлях до паркінгу на роботі, дистанція, яку проходить пацієнт на роботі та інші відповідні фактори, такі, як дозвілля та сімейні заходи. Пацієнта навчали правилам догляду за кукусою та протезами. Через три місяці після ампутації він був незалежним у самообслуговуванні, включаючи спостереження його залишкової кінцівки. Він зміг повернутися до роботи, і буде перебувати під наглядом до кінця життя.

Таблиця IV. Втручання в фізичній та реабілітаційній медицині

Медичні втручання	Медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення або поліпшення структур та/або функцій організму, <i>напр.</i> знеболювальна терапія, протизапальна терапія, регуляція м'язового тону, поліпшення здоров'я кісток, лікування депресії тощо. Практичні процедури, <i>напр.</i> ін'єкції (<i>напр.</i> анестетиків, кортикостероїдів, внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуринової кислоти, або епідуральні ін'єкції, або ін'єкції у тригерні точки, введення ботулотоксину), нейротерапія, регенеративна ін'єкційна терапія (<i>напр.</i> пролотерапія з декстозою, плазма, збагачена тромбоцитами), блокади нервів та інші методи введення лікарських засобів (<i>напр.</i> іонофорез, фонофорез, використання інтратекальних pomp для введення баклофену тощо).
Втручання ФРМ з фізичними агентами та терапевтичними вправами	Кінезіотерапія та терапевтичні вправи Техніки нейрофасілітації, <i>напр.</i> нейророзвиткові втручання (<i>напр.</i> підходи Bobath, Brunnstrom), пропріоцептивна нейром'язова фасілітація і терапія з сенсорної інтеграції, а також практика повторюваних завдань (<i>напр.</i> терапія примусовими рухами) Техніки мануальної терапії для зворотного скутих суглобів і пов'язаних дисфункцій м'язів тканин, а також мануальні тракції (можливі також тракції з використанням пристроїв) Дихальна фізична терапія (методи та техніки гігієни дихальних шляхів, інгаляційна терапія, дихальні вправи) Терапія з використанням масажу та вібраційна терапія (<i>напр.</i> вібрація всього тіла) Електротерапія (<i>напр.</i> методи електростимуляції – кризьшкірна електронейростимуляція, функціональна електростимуляція, нервово-м'язова електростимуляція, стимуляція спинного мозку). Нейромодуляція / неінвазивні методи стимуляції мозку (<i>напр.</i> транскраніальна стимуляція постійним струмом, повторювальна транскраніальна магнітна стимуляція) Магнітотерапія Лімфотерапія (<i>напр.</i> ручний лімфатичний дренаж, перев'язування) Медитативні рухові терапії (<i>напр.</i> цигун, йога та тай-чи) Маневри (<i>напр.</i> специфічні репозиційні маневри, фізичні контр-маневри для контролю за ортостатичною гіпотензією) Інші методи фізичної терапії, у тому числі ультразвукова, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія, застосування тепла та холоду, короткохвильова діатермія, текатерапія, озонотерапія тощо. Комп'ютерні ігри з використанням систем віртуальної реальності / ігрові консолі / відеоігри Фототерапія (<i>напр.</i> терапія з використанням ультрафіолетового випромінювання, терапія із застосуванням яркого світла, лазерна терапія) Гідротерапія та бальнеотерапія Кліматотерапія Акупунктура Активності, пов'язані з допомогою тварин та терапія з допомогою тварин (<i>напр.</i> іпотерапія, використання службових тварин) Гіпербарична оксигенотерапія

Ерготерапія	Аналіз і тренування активностей повсякденного життя та занять і навчання пацієнта навичкам подолання бар'єрів у виконанні активностей повсякденного життя Тренування когнітивних та навчальних стратегій для обминання когнітивних порушень Втручання з метою повернення до роботи і втручання з ергономіки для сприяння функціонуванню Реабілітаційні втручання для керування транспортним засобом (<i>напр.</i> оцінка за допомогою симулятора керування) Ортезування Налаштування середовища на роботі та вдома Сприяння доступу до інформаційних технологій та їх використання, включаючи телереабілітаційні втручання
Терапія мови та мовлення	Додатково до традиційних методів терапії мови та мовлення, застосування інноваційних підходів до розладів мови та мовлення (<i>напр.</i> застосування технологій телемедицини)
Менеджмент дисфагії	Втручання для сприяння ковтанню і адаптаційні засоби (<i>напр.</i> використання специфічних поз, маневрів при ковтанні, модифікація консистенції і розміру болусу)
Нейропсихологічні втручання	Когнітивне ретренування, когнітивна стимуляція та комп'ютерні інтервенції в контексті когнітивної реабілітації
Психологічні втручання та консультування	Когнітивні або поведінкові техніки (<i>напр.</i> когнітивно-поведінкова терапія, стратегії релаксації, майндфулнес терапія, медитація, біологічний зворотній зв'язок, дзеркальна терапія, керовані образи)
Нутритивна терапія	Дієтичні втручання, включаючи поради та консультування з питань харчування
Допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби	Допоміжні технології (Додаток 5), починаючи від низкотехнологічних засобів, таких як тростини до високотехнологічного обладнання, або систем, таких, як моторизовані візки або комп'ютеризовані системи (системи комунікації, <i>напр.</i> телемоніторинг чи телереабілітація – згадані вище) та інші в практиці реабілітації, включаючи роботизовані втручання (роботизована реабілітація)
Пацієнти, родини / доглядачі, навчання професіоналів, включаючи навчання самоорганізації ФРМ / реабілітаційне медсестринство	Навчальні втручання для пацієнтів, включаючи навчання самоорганізації (<i>напр.</i> школа спини) Навчальні втручання для родин / доглядачів (<i>напр.</i> втручання, орієнтовані на родину) Навчальні втручання для професіоналів (<i>напр.</i> тренінги з доказової медицини, тренінги з досліджень, БМО / БІР) Догляд, навчання та допомога з питань безпеки (<i>напр.</i> запобігання падінню в лікарнях), контроль за шкірою, сечовим міхуром та кишківником, харчування, сон Кейс-менеджмент шляхом комунікації між реабілітаційною командою, пацієнтом та родиною Сприяння виписці / пересуванню між закладами

Стандартизовані програми фізичної та реабілітаційної медицини

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

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

- епідеміологічні потреби та наукові докази, що підтримують проект програми;
- цільова популяція з критеріями включення та виключення;
- загальні цілі, сформульовані відповідно до МКФ;
- добре структурований зміст з деталями щодо порядку денного з можливими стадіями, інструментами діагностики та оцінювання (для

початкового, періоду спостереження та заключного періодів), запланованими втручаннями (безпосереднє лікування, освіта та навчання, реабілітація) та чіткою роллю кожного учасника програми;

- адаптоване обладнання та кадровий склад, з відповідним керівництвом команди. Інструменти оцінювання повинні допомогти прийняттю індивідуальних рішень та надавати об'єктивні дані для загального оцінювання програми;
- критерії виписки та фінальний звіт з рекомендацією щодо довготривалого спостереження.

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

Програми допомоги з фізичної та реабілітаційної медицини можуть адаптувати загальні принципи до будь-якої місцевої потреби та стану. Наприклад, раннє втручання ФРМ у лікарні, що надає гостру допомогу, створить іншу програму для людей з черепно-мозковими травмами, ніж заклад в громаді, що надає реабілітаційні послуги для постраждалих від черепно-мозкових травм. А блок, що займається аналізом постави та руху запропо-

Таблиця V. – Програми ФРМ, акредитовані в Комітетом клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС (з: www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=187&lang=en)

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

нує третій варіант додаткового оцінювання та програми консультування. У деяких випадках програми ФРМ можуть бути націлені на дуже специфічні популяції, за скеруванням інших фахівців. Навпаки, вам може знадобитися задовольнити різні потреби з використанням меншої кількості технологій, але з більшим особистим спілкуванням. Тому будь-яку програму варто розглядати з однаковою увагою.

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

- порушення (як наслідок стану здоров'я): геміплегія, ампутація, спинномозкова травма, реконструкція зв'язок колінного суглобу, поперековий біль тощо;
- обмеження активності та обмеження можливості участі: обмеження при ходьбі, обмеження самообслуговування, неможливість виконання домашніх, рекреаційних чи спортивних активностей та інші;
- професійна ціль або самостійне життя для людей після черепно-мозкової травми;

- період життя з певними особливостями: діти з церебральним паралічем, спортсмени з травмами опорно-рухового апарату, працівники фізичної праці з поперековим болем, літні люди з ризиком падіння і інші.

Кількість акредитованих програм фізичної та реабілітаційної медицини постійно зростає.

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

Управлінські навички та консультативна роль фізичної та реабілітаційної медицини

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

- на мікро-рівні надання допомоги: менеджмент пацієнта-кейсу та його комплексності, зокрема, підтримка пацієнта/клієнта щодо вибору правильних послуг, отримання соціальної та юри-

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

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

Мульти-професійна співпраця та спільна робота команди

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Майкл – 48-річний одружений інформатик, батько 3 доньок-підлітків. По дорозі на роботу на мотоциклі, його збиває вантажівка і він отримує повну параплегію T10. Прогноз відновлення є дуже обмеженим, про що Майкл був досить коротко повідомлений хірургом. Після 2-тижневого перебування в гострій лікарні, він надійшов до реабілітаційного центру. Члени реабілітаційної команди (лікар ФРМ, реабілітаційна медсестра, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, соціальний працівник та спортивний терапевт) під керівництвом лікаря ФРМ провели оцінювання та встановили короткострокові цілі на перші тижні: вертикалізація на нахиленому столі, сидіння в модульному візку, зміцнення верхніх кінцівок, тренування активностей повсякденного життя верхньої частини тіла, контроль функцій сечового міхура / кишківника медичними сестрами. Майкл сильно засмучений, мало спить і мотивація до втручання є низькою. На других зборах команди психолог ділиться з командою, що пацієнт знаходиться в депресивному настрої, скуцає за родиною і не бачить сенсу в майбутньому. Він стверджує, що життя не має сенсу і задає питання щодо можливості припинення життя. На питання, «що є важливим для вас», він відповідає, що дуже важливим є знаходження вдома і приготування їжі для своєї сім'ї протягом вихідних. Приготування їжі – це його велика пристрасть та хобі. З трьома старими шкільними друзями вони мають «кулінарний клуб» одну суботу на місяць у своїх будинках, а ввечері їх дружини приєднуються до вечері.

Були швидко заплановані нові збори команди разом з Майклом та його дружиною, для встановлення спільних цілей. Там він зможе виразити свої відчуття та досвід перебування у блоці спинномозкової травми. Встановлюються нові цілі для короткого, та для довгого термінів. У довгостроковій перспективі запропонована адаптація домівки, включаючи інфраструктуру кухні. Повернення до роботи здається можливим, за умови встановлення у його компанії туалету, доступного для візка. Оскільки родина катається на лижах двічі на рік, то, як тільки буде дозволяти стан, будуть заплановані певні лижні заняття у приміщенні зі спортивним терапевтом, та при їх успішності, до переліку допоміжних пристроїв для страхової компанії водія вантажівки, який, як було визначено, є відповідальним за аварію, будуть додані сидячі ліжкі. Оскільки Майкл дуже хоче брати участь у кулінарному клубі також і у його друзів, з цією метою буде проводитись тренування ходи/стояння, спочатку з круговими ортезами на ногах, потім з ортезом на коліна-щиколотку -стопу та Walkabout. На короткий термін медичні сестри навчать його переміжної самокатегоризації, фізичні терапевти зосередять увагу на тренуванні користуванням візком та переміщенням, а ерготерапевти – на незалежності для особистих активностей повсякденного життя. За декілька тижнів заплановані візит додому з ерготерапевтом та перший вихідний вдома, після чого – другий круглий стіл, у якому також візьмуть участь доньки подружжя.

Завдяки тісній участі Майкла та його родини у постановці цілей, терапія набуває значно більшого значення для Майкла, і він знаходить енергію для більш активної участі.

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

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

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

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

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

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

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

У членів команди повинні бути такі компетентності³⁹:

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

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

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

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

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

Етика в клінічній практиці фізичної та реабілітаційної медицини

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

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини регулярно враховують права своїх пацієнтів у своїй повсякденній практиці, а етичні та моральні рішення приймаються у сфері ФРМ щоденно. Багато з них є незначними, *напр.* рішення пояснити ризики і отримати інформовану згоду на внутрішньосуг-

лобову ін'єкцію або електродіагностичну процедуру. Інші, однак, є більш складними та комплексними, та можуть вимагати участі кількох різних людей. Деякі питання є досить специфічними для спеціальності. Беручи до уваги згадані вище етичні принципи, буде розглянуто етичні проблеми трьох видів, що часто зустрічаються в реабілітаційній медицині: розподіл ресурсів та вибір пацієнтів, етика командної допомоги та етичні проблеми при встановленні цілей. Метою є не обов'язкове забезпечення непорушних відповідей, а розгляд питання та різних можливостей, які можуть бути використані для сприяння процесу прийняття рішень. Цей текст не може дуже докладно розглядати дану ситуацію, проте будуть наведені два приклади – вибір пацієнтів і розподіл ресурсів. Хто вирішує, яких пацієнтів слід приймати до реабілітаційних закладів, а яких ні, і як клініцисти справляються з необхідністю розподілу обмежених ресурсів?

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

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

На закінчення, в практиці реабілітації ми все частіше стикаємося з дуже делікатними етичними питаннями. Макрорівень існує як структура, але рішення приймаються щодня на мікро- та мезорівнях. Ця еволюція є наслідком низки істотних медичних, технічних та соціальних еволюцій протягом останніх десятиліть. Етичні цінності та культуральні переконання професіоналів, а також пацієнтів, впливають на вибір у реабілітації. Ми повинні усвідомлювати, що культуральні відмінності можуть вплинути на результат лікування. Етичні та культуральні питання повинні бути

частиною навчальних програм реабілітації та післядипломного навчання. Професіоналам, які надають послуги ФРМ, необхідно виділити час, щоб обміркувати ці питання.

Результати втручань та програм фізичної та реабілітаційної медицини

Оскільки фізична та реабілітаційна медицина визначається як «медицина функціонування» з «реабілітацією» в якості основної стратегії^{3,4,43}, «функціонування», а також різні аспекти якості життя і сприйняття здоров'я і благополуччя^{4,44} є найбільш важливими цілями лікування і програм фізичної та реабілітаційної медицини. Тому неодмінним результатом, специфічним для ФРМ, є «функціонування».

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

Важливість функціональних результатів

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

Дійсно, дані свідчать про те, що рівень функціонування особи у взаємодії з поточним середовищем, що називається «здоров'я життя», є більш важливим, ніж біологічне здоров'я. Було показано, що загальне здоров'я, яке безпосередньо описується особою, є дуже актуальним у великій когорті з близько вісімнадцяти тисяч осіб, які живуть у спільноті та близько десяти тисяч осіб, що перебувають у закладах з догляду. Сприйняття за-

гального здоров'я в популяції осіб в закладах з догляду з більш низьким рівнем біологічного здоров'я ближче до сприйняття серед популяції, яка мешкає в громаді, при забезпеченні допоміжними пристроями та/або сторонньою допомогою⁴⁸. Цей висновок чітко вказує на цінність і важливість функціональних результатів, які конкретно стосуються ФРМ, при оцінці здоров'я з точки зору людей. На закінчення, реальна допомога функціональним результатам, що забезпечуються підходами ФРМ, які фокусуються на функції, очевидно, є річчю, яка є дуже важливою для людей. Ініціатива ВООЗ щодо інтегрованого використання Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ)¹⁹ та МКФ⁵ в процесі перегляду МКХ, спрямованого на представлення впливу стану здоров'я на функціонування, є важливим заходом³⁵, який підкреслює важливість функціонального результату в ФРМ.

Пацієнт-центричні результати

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

Тому результати в фізичній та реабілітаційній медицині пов'язані з різними аспектами якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, внаслідок поліпшень функціонування та/або сприйняття здоров'я і благополуччя^{4,44}. Демонстрація благополуччя та соціальної участі людини є важливою рисою основного результату реабілітації, орієнтованої на пацієнта⁵⁰. Благополуччя, ймовірно, є більш надійним показником успіху, ніж якість життя. Багато сучасних показників якості життя беззастережно дозволяють судити про значущість специфічних об'єктивних факторів, таких як, *напр.* здатність підніматися по сходах, яка не може сприйматися однаково важливою усіма особами з обмеженнями життєдіяльності^{1,2}.

Щоб виправдати очікування особи, спільне встановлення цілей є центральним пунктом фізичної та реабілітаційної медицини і основною компетентністю лікарів ФРМ і реабілітаційної команди. Встановлення цілей пов'язане з покращенням результатів фізичної та реабілітаційної медицини, а також оцінкою результатів лікування⁵¹. Взаємно узгоджені цілі та результати є основою процесу реабілітації, що орієнтована на особу та ціль з пріоритизацією функціональних результатів. Інстру-

менти МКФ, такі як ICF Categorical Profile, ICF Evaluation Display та ICF Assessment Sheets, можуть бути використані для ідентифікації, визначення та ілюстрації цілей реабілітації, цілей втручання та досягнення цілей¹³. Оцінювання змін функціонування після ціль- та результат-спрямованого реабілітаційного втручання та досягнення цілей є показовою мірою результату в реабілітаційних закладах¹⁷. На індивідуальному рівні міра результату є дуже важливою для демонстрації доказів ефективності окремих реабілітаційних втручань та послуг. Ці міри результату повинні бути безпосередньо пов'язаними зі специфічно визначеними цілями, зазначеними в плані реабілітації. Оцінка реабілітації має фундаментальні відмінності від оцінки в медичній допомозі, що орієнтована на хворобу, яка спрямована на обмеження патології або лікування хвороби^{1,2}. Важливо визначити, який результат треба виміряти при індивідуально-орієнтованому підході вимірювання результатів для визначення, чи були досягнуті специфічні цілі для конкретної особи. Якщо проблемою особи є порушена функція, тоді первинний результат повинен стосуватися виміру цієї функції. Якщо метою є досягнення «участі в соціальному житті», то в якості первинного результату має бути виміряно обмеження участі²⁸. Оцінки пацієнт-орієнтованих результатів в дослідженнях служать наріжними каміннями для доказової медицини, яка визначається як «інтеграція кращих наукових даних з клінічними знаннями і цінностями пацієнтів»⁵². Доказова практика покращує результати допомоги, якщо досягається найкращий компроміс між визначеними цілями особи (цілями, які є важливими та значущими для людей) та планом реабілітації.

В результаті, реабілітація має можливість знизити тягар обмежень життєдіяльності як для людей, так і для суспільства. Показано, що вона є ефективною у підвищенні індивідуального функціонування та самостійного життя шляхом досягнення більшої активності, ліпшого здоров'я та зменшення ускладнень та наслідків супутніх захворювань. Це допомагає індивідууму та суспільству у більшій особистій автономії, поліпшенні можливостей працевлаштування та іншій заняттєвій активності. Незважаючи на те, що у поверненні до самостійного життя та праці залучено багато соціальних факторів, ФРМ може підготувати людину та родину/доглядачів до отримання максимальної переваги наявних можливостей^{1,2}.

Результати щодо ціни-ефективності

Ефективність реабілітації пов'язана не тільки з поліпшенням функціонування і незалежним життям, але і зі зниженням ціни залежності внаслідок

обмежень життєдіяльності^{1,2}. Вплив фізичної та реабілітаційної медицини на економію коштів було обговорено у главі про економічний тягар обмежень життєдіяльності.

Результати щодо виживання

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

Реабілітація може бути успішно досягнута в умовах, коли не відбувається біологічне відновлення, і навіть при станах, які періодично або постійно погіршуються. В останньому випадку реабілітація може потребуватися у вигляді постійної програми, що дозволить пацієнтові підтримувати рівень участі та благополуччя, які інакше не будуть досягнуті. Аудит цих послуг є стандартною практикою^{1,2}.

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

Посилання

- Section of Physical and Rehabilitation Medicine Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Society for Physical and Rehabilitation Medicine. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Eur. Medicophysica. 2006 Dec;42(4):292–332.
- White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil. Med. 2007 Jan;(45 Suppl):6–47.
- Stucki G., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2007 May;39(4):286–92.
- Gutenbrunner C., Meyer T., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil. Med. 2011 Sep;43(9):760–4.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health WHO Geneva 2001. 2001.
- Reinhardt J.D., von Groote P.M., DeLisa J.A., Melvin J.L., Bickenbach J.E., Li L.S.W., et al. Chapter 3: International non-governmental organizations in the emerging world society: the example of ISPRM. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(10):810–22.
- Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. J Rehabil. Med. 2017 Jan 31;
- Gutenbrunner C., Meyer T., Stucki G. The field of competence in physical and rehabilitation medicine in light of health classifications: an international perspective. Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2011 Jul;90(7):521–5.
- Gutenbrunner C., Nugraha B. Physical and rehabilitation medicine: responding to health needs from individual care to service provision. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2017 Feb;53(1):1–6.
- Lexell J. What's on the horizon: defining physiatry through rehabilitation methodology. PM R. 2012 May;4(5):331–4.
- Wade D.T. Describing rehabilitation interventions. Clin Rehabil. 2005 Dec;19(8):811–8.
- Stucki G., Kostanjsek N., Bstyn B., Ewert T., Cieza A. Applying the ICF in Rehabilitation Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Frontera W.; 301-324 p. (section 11).
- Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Sep;44(3):329–42.
- Lexell J., Brogerdh C. The use of ICF in the neurorehabilitation process. NeuroRehabilitation. 2015;36(1):5–9.
- Tyson S., Greenhalgh J., Long A.F., Flynn R. The use of measurement tools in clinical practice: an observational study of neurorehabilitation. Clin Rehabil. 2010 Jan;24(1):74–81.
- Levack W.M.M., Weatherall M., Hay-Smith E.J.C., Dean S.G., McPherson K., Siegert R.J. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 20;(7):CD009727.
- Hurn J., Kneebone I., Cropley M. Goal setting as an outcome measure: A systematic review. Clin Rehabil. 2006 Sep;20(9):756–72.
- Gutenbrunner C., Lemoine F., Yelnik A., Joseph P.-A., de Korvin G., Neumann V., et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). Ann Phys Rehabil. Med. 2011 Jul;54(5):298–318.
- WHO. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision (ICD-10) [Internet]. 2001. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- Kohler F., Selb M., Escorpizo R., Kostanjsek N., Stucki G., Riberto M., et al. Towards the joint use of ICD and ICF: a call for contribution. J Rehabil. Med. 2012 Oct;44(10):805–10.
- Selb M., Kohler F., Robinson Nicol M.M., Riberto M., Stucki G., Kennedy C., et al. ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. J Rehabil Med. 2015 Jan;47(1):2–8.
- World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. 2011.
- Gutenbrunner C., Liebl M.E., Rei Chauer A., Schwarzkopf S.R., Korallus C., Ziegenthaler H., et al. Rehabilitationsmedizin neu denken – Das Profil des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PMR). Phys. Med. Rehab. Kuror. 2014;62–74.
- The physiatric history and physical examination. Elsevier Saunders. 2011: Physical Medicine and Rehabilitation. Braddom RL; 2011. 3-39 p.
- Ozakar L., Tok F., De Muynck M., Vanderstraeten G. Musculoskeletal ultrasonography in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil. Med. 2012 Apr;44(4):310–8.

26. Wade D.T. Diagnosis in rehabilitation: woolly thinking and resource inequity. *Clin. Rehabil.* 2002 Jun;16(4):347–9.
27. Barak S., Duncan P.W. Issues in selecting outcome measures to assess functional recovery after stroke. *NeuroRx J Am Soc Exp Neurother.* 2006 Oct;3(4):505–24.
28. Къзъкдеvecи A.A., Tennant A., Grimby G., Franchignoni F. Strategies for assessment and outcome measurement in physical and rehabilitation medicine: an educational review. *J Rehabil Med.* 2011 Jul;43(8):661–72.
29. Holsbeeke L., Ketelaar M., Schoemaker M.M., Gorter J.W. Capacity, capability, and performance: different constructs or three of a kind? *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2009 May;90(5):849–55.
30. Haigh R., Tennant A., Biering-Sørensen F., Grimby G., Marincek C., Phillips S., et al. The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *J Rehabil. Med.* 2001 Nov;33(6):273–8.
31. Skinner A., Turner-Stokes L. The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clin Rehabil.* 2006 Jul;20(7):609–15.
32. Salter K., Jutai J.W., Teasell R., Foley N.C., Bitensky J. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. *Disabil Rehabil.* 2005 Feb 18;27(4):191–207.
33. Cieza A., Oberhauser C., Bickenbach J., Chatterji S., Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health.* 2014 Mar 3;14:218.
34. World Health Organization. The International Classification of Diseases 11th Revision (ICD 11) [Internet]. [cited 2016 Aug 11]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
35. Escorpizo R., Kostanjsek N., Kennedy C., Nicol M.M.R., Stucki G., Usten T.B., et al. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health.* 2013 Aug 12;13:742.
36. World Health Organization. International Classification of Health Interventions (ICHI), under development. [Internet]. [cited 2016 Jun 19]. Available from: www.who.int/classifications/ichi/en/
37. European Union of Medical Specialists, Section of Physical and Rehabilitation Medicine-Professional Practice Committee (PPC-ebook). The field of competence in physical and rehabilitation medicine physicians. Part I [Internet]. N. Christodoulou, A. De-larque, E. Varela Donoso; 2014. Available from: www.euro-prm.org
38. Neumann V., Gutenbrunner C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela E., Giustini A., et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil. Med.* 2010 Jan;42(1):4–8.
39. King J.C., Blankenship K.I., Schalla W., Mehta A. Rehabilitation team function and prescriptions, referrals and order writing. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Philadelphia: Frontera WR; 359-386 p.
40. Siegert R.J., Ward T., Playford E.D.. Human rights and rehabilitation outcomes. *Disabil Rehabil.* 2010;32(12):965–71.
41. Ward T., Birgden A. Human rights and correctional clinical practice. *Aggress Violent Behav.* 2007;628–43.
42. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehabil. Med.* 2000 Jun;32(2):51–5.
43. Meyer T., Gutenbrunner C., Bickenbach J., Cieza A., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):765–9.
44. Stucki G., Cieza A., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):279–85.
45. World Health Organization. Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) [Internet]. [cited 2016 Jul 1]. Available from: http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/
46. Bickenbach J.E., Chatterji S., Badley E.M., Ustin T.B. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc. Sci. Med.* 1982. 1999 May;48(9):1173–87.
47. Salomon J.A., Mathers C.D., Chatterji S., Sadana R., Ustin T.B., Murray C.J.L. Quantifying Individual Levels of Health: definitions, concepts, and measurement issues. Geneva, WHO: Murray C.J.L., Evans D.B.; 2003. 301–318 p.
48. Bostan C., Oberhauser C., Stucki G., Bickenbach J., Cieza A. Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better? *BMC Public Health.* 2014 Feb 21;14:189.
49. Johnston M.V., Ottenbacher K.J., Graham J.E., Findley P.A., Hansen A.C. Systematically assessing and improving the quality and outcomes of medical rehabilitation programs. Fifth Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Frontera W.R., DeLisa J., Gans B., Walsh N., Robinson L.; 2010. 325-355 p.
50. Wade D.T. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil.* 2003 Aug 5;25(15):875–81.
51. Levack W.M.M., Dean S.G., Siegert R.J., McPherson K.M. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. *Disabil Rehabil.* 2006 Jun 30;28(12):741–9.
52. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
53. Anderson L., Oldridge N., Thompson D.R., Zwisler A.-D., Rees K., Martin N., et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2016 Jan 5;67(1):1–12.
54. Stewart G., Sara G., Harris M., Waghorn G., Hall A., Sivarajasingam S., et al. A brief measure of vocational activity and community participation: development and reliability of the Activity and Participation Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Mar;44(3):258–66.
55. Baum C.M., Edwards D. Activity card sort. AOTA Press. Bethesda; 2008.
56. Fougeyrollas P., Noreau L., Bergeron H., Cloutier R., Dion S.A., St-Michel G. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation.* 1998 Jun;21(2):127–41.
57. Berry H.L., Rodgers B., Dear K.B.G. Preliminary development and validation of an Australian community participation questionnaire: types of participation and associations with distress in a coastal community. *Soc Sci Med* 1982. 2007 Apr;64(8):1719–37.
58. Bedell G. Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). *Dev Neurorehabilitation.* 2009;12(5):342–51.
59. Willer B., Ottenbacher K.J., Coad M.L. The community integration questionnaire. A comparative examination. *Am J Phys Med Rehabil.* 1994 Apr;73(2):103–11.
60. Smith M.K., Ford J. A client-developed functional level scale: The Community Living Skills Scale (CLSS). *J Soc Serv Res.* 1990;61–84.
61. Resnik L., Plow M., Jette A. Development of CRIS: measure of community reintegration of injured service members. *J Rehabil Res Dev.* 2009;46(4):469–80.
62. Holbrook M., Skilbeck C.E. An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing.* 1983 May;12(2):166–70.
63. Post M.W.M., de Witte L.P., Reichrath E., Verdonschot M.M., Wijnhuizen G.J., Perenboom R.J.M. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *J Rehabil. Med.* 2008 Aug;40(8):620–7.
64. Cardol M., de Haan R.J., van den Bos G.A., de Jong B.A., de Groot I.J. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clin Rehabil.* 1999 Oct;13(5):411–9.

65. Wilkie R., Peat G., Thomas E., Hooper H., Croft P.R. The Keele Assessment of Participation: a new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Qual Life Res Int. J. Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2005 Oct;14(8):1889–99.
66. Haley S.M., Jette A.M., Coster W.J., Kooyoomjian J.T., Levenson S., Heeren T., et al. Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. *J. Gerontol A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2002 Apr;57(4):M217–222.
67. Mars G.M.J., Kempen G.I.J.M., Post M.W.M., Proot I.M., Mesters I., van Eijk J.T.M. The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2009 Nov;18(9):1207–18.
68. Malec J.F., Kragness M., Evans R.W., Finlay K.L., Kent A., Lezak M.D. Further psychometric evaluation and revision of the Mayo-Portland Adaptability Inventory in a national sample. *J. Head Trauma Rehabil.* 2003 Dec;18(6):479–92.
69. Baecke J.A., Burema J., Frijters J.E. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am. J. Clin. Nutr.* 1982 Nov;36(5):936–42.
70. Brandt A., Lufqvist C., Jynsdottir I., Sund T., Salminen A.-L., Werngren-Elgström M., et al. Towards an instrument targeting mobility-related participation: Nordic cross-national reliability. *J Rehabil Med.* 2008 Oct;40(9):766–72.
71. Bushnik T. Norwegian Function Assessment Scale. New York: Springer. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*; 2011. 1796–1797 p.
72. Coster W., Law M., Bedell G., Khetani M., Cousins M., Teplicky R. Development of the Participation and Environment Measure for Children and Youth: conceptual basis. *Disabil Rehabil.* 2012;238–46.
73. Whiteneck G.G., Dijkers M.P., Heinemann A.W., Bogner J.A., Bushnik T., Cicerone K.D., et al. Development of the participation assessment with recombined tools-objective for use after traumatic brain injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011 Apr;92(4):542–51.
74. Heinemann A.W., Lai J.-S., Magasi S., Hammel J., Corrigan J.D., Bogner J.A., et al. Measuring participation enfranchisement. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011 Apr;92(4):564–71.
75. Gandek B., Sinclair S.J., Jette A.M., Ware J.E. Development and initial psychometric evaluation of the participation measure for post-acute care (PM-PAC). *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2007 Jan;86(1):57–71.
76. Brown M., Dijkers M.P.J.M., Gordon W.A., Ashman T., Charatz H., Cheng Z. Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J. Head. Trauma. Rehabil.* 2004 Dec;19(6):459–81.
77. van Brakel W.H., Anderson A.M., Mutatkar R.K., Bakirtzief Z., Nicholls P.G., Raju M.S., et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil.* 2006 Feb 28;28(4):193–203.
78. Gray D.B., Hollingsworth H.H., Stark S.L., Morgan K.A. Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;189–97.
79. Rejeski W.J., Ip E.H., Marsh A.P., Miller M.E., Farmer D.F. Measuring disability in older adults: the International Classification System of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Geriatr Gerontol Int.* 2008 Mar;8(1):48–54.
80. Pallant J.F., Misajon R., Bennett E., Manderson L. Measuring the impact and distress of health problems from the individual's perspective: development of the Perceived Impact of Problem Profile (PIPP). *Health Qual Life Outcomes.* 2006 Jun 29;4:36.
81. Derogatis L.R. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J. Psychosom Res.* 1986;30(1):77–91.
82. Sandström M., Lundin-Olsson L. Development and evaluation of a new questionnaire for rating perceived participation. *Clin. Rehabil.* 2007 Sep;21(9):833–45.
83. Jelles F., Van Bennekom C.A., Lankhorst G.J., Sibbel C.J., Bouter L.M. Inter- and intra-rater agreement of the Rehabilitation Activities Profile. *J. Clin. Epidemiol.* 1995 Mar;48(3):407–16.
84. Pinsonnault E., Dubuc N., Desrosiers J., Delli-Colli N., Habert R. Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Feb;48(1):40–4.
85. Densley K., Davidson S., Gunn J.M. Evaluation of the Social Participation Questionnaire in adult patients with depressive symptoms using Rasch analysis. *Qual Life Res Int. J. Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2013 Oct;22(8):1987–97.
86. Harris M., Gladman B., Hennessy N., Lloyd C., Mowry B., Waghorn G. Reliability and validity of a measure of role functioning among people with psychiatric disabilities. *Aust Occup Ther J.* 2011 Jun;58(3):203–8.
87. Duncan P.W., Wallace D., Lai S.M., Johnson D., Embretson S., Laster L.J. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke.* 1999 Oct;30(10):2131–40.
88. Tate R.L., Simpson G.K., Soo C.A., Lane-Brown A.T. Participation after acquired brain injury: clinical and psychometric considerations of the Sydney Psychosocial Reintegration Scale (SPRS). *J Rehabil Med.* 2011 Jun;43(7):609–18.
89. Rosenblum S. Validity and reliability of the Time Organisation and Participation Scale (TOPS). *Neuropsychol Rehabil.* 2012;22(1):65–84.
90. Post M.W.M., van der Zee C.H., Hennink J., Schafrat C.G., Visser-Meily J.M.A., van Berlekom S.B. Validity of the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Disabil Rehabil.* 2012;34(6):478–85.
91. Ustin T.B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C., Epping-Jordan J., et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* 2010 Nov 1;88(11):815–23.
92. Kelly L., Jenkinson C., Dummett S., Dawson J., Fitzpatrick R., Morley D. Development of the Oxford Participation and Activities Questionnaire: constructing an item pool. *Patient Relat Outcome Meas.* 2015;6:145–55.
93. Morley D., Dummett S., Kelly L., Dawson J., Fitzpatrick R., Jenkinson C. Validation of the Oxford Participation and Activities Questionnaire. *Patient Relat Outcome Meas.* 2016;7:73–80.
94. Van D.E., Velde D., Bracke P., Van Hove G., Josephsson S., Viaene A., DE Boever E., et al. Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Aug;52(4):527–40.
95. Ballert C.S., Hopfe M., Kus S., Mader L., Proding B. Using the refined ICF Linking Rules to compare the content of existing instruments and assessments: a systematic review and exemplary analysis of instruments measuring participation. *Disabil Rehabil.* 2016 Jul 14;1–17.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

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

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

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

Терміни МКФ позначені жирним шрифтом

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

Таблиця адаптована з Білої книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі^{1,2} і зі статті, яка описує сферу компетентностей лікарів ФРМ¹⁸, та розширена з використанням списку, створеного під час семінару з станів, що підлягають до МКХ XI^{20,21}. Публікації, що стосуються реабілітаційних потреб осіб з певними станами здоров'я та дослідницької діяльності лікарів ФРМ, можна знайти в посиланнях, що додаються.

Травматичні захворювання: черепно-мозкова травма, спинномозкова травма, сполучна травма, пошкодження периферичних нервів і сплетіння, спортивна травма / пошкодження, травма протягом тривалого захворювання, що обмежує життєдіяльність, виробнича травма, травматичні ампутації, що захоплюють декілька областей тіла, пологова травма, пошкодження декількох областей тіла (*напр.* перелом стегнової кістки та інші переломи нижніх кінцівок, переломи хребців, переломи верхніх кінцівок, травматичний розрив сухожилків або зв'язок, деформації та розтягнення із залученням зв'язок тощо), опікова травма

Нетравматичні захворювання нервової системи: інсульт – включно із субаракноїдальним крововиливом, екстрапірамідні і рухові розлади, включно із хворобою Паркінсона та паркінсонізмом, дистонії (*напр.* спастична кривошия та інші, синдром неспокійних ніг, синдром ригідної людини), множинний склероз, інфекції або абсцеси центральної нервової системи (ЦНС), включаючи наслідки туберкульозу центральної нервової системи, поліомієліту), пухлини ЦНС, параліч внаслідок ураження спинного мозку, незалежно від причини, складні наслідки нейрохірургічних втручань, м'язова дистрофія та нервово-м'язові розлади, системні атрофії, що уражують ЦНС (*напр.* атаксії, спінальні м'язові атрофії, хвороби мотонейрону, включаючи бічний аміотрофічний склероз, пост-поліомієлітний синдром), інші дегенеративні захворювання нервової системи (*напр.* хвороба Альцгеймера), інші паралітичні синдроми (*напр.* синдром «замкнутої людини»), периферичні нейропатії (включно із полірадікулопатією Гієна-Барре), стиснення/компресія нерву, вроджені захворювання (щербальний параліч, spina bifida тощо), епізодичні і пароксизмальні розлади, що мають відношення до реабілітації (*напр.* епілепсія, синдром вертебро-базиллярної артерії, порушення сну), метаболічні або біохімічні генетичні захворювання.

Психічні та поведінкові розлади, що мають відношення до реабілітації (*напр.* деменція, біполярний афективний розлад, післятравматичний стресовий розлад, депресія, шизофренія)

Розлади психологічного розвитку, що мають відношення до реабілітації (*напр.* дитячий аутизм, синдром Ретта).

Поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитинстві, що мають відношення до реабілітації (*напр.* розлади гіперактивності з дефіцитом уваги)

Гострий або хронічний біль внаслідок різних причин, таких, як ампутація, стан після операції, полінейропатія критичних станів. Деякі загальні симптоми і ознаки, які мають відношення до ФРМ (*напр.* хронічний некерований біль, інші хронічні болі, слабкість, локалізований гіпергідроз).

Комплексний стан внаслідок різних і множинних причин: синдром постільного режиму, детренування, мультисистемна недостатність

Нетравматичні захворювання м'язово-скелетної системи: хребта (хронічний та гострий поперековий біль, біль в шиї та грудному відділі), інфекційні, дегенеративні та запальні артропатії (моно- і поліартрити) (*напр.* остеоартрит, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт і інші спондилопатії, включаючи стеноз хребта або спондилопатії при таких захворюваннях, як хвороба Потта або бруцельозний спондиліт), ампутації внаслідок судинних захворювань, порушення м'язів тканин, в тому числі захворювання сухожилків і синовіальної оболонки (*напр.* кальцифікуючий тендиніт, тригерний палець, теносінновий DeQuervain), порушення м'язів тканин, пов'язані з використанням, перевантаженням і тиском (*напр.* бурсит, хронічний креплітуючий синовіт кисті і зап'ястка), фібробластичні розлади (*напр.* хвороба Дюпюїтрена, підшовний фасціт), ураження плечового суглобу (*напр.* адгезивний капсуліт, синдром ротаторної манжети, тендиніт біцепсу, кальцифікуючий тендиніт), ентезопатії кінцівок (*напр.* епіконділіт, тендиніт, іліотібіальний синдром, п'ячкова шпора, метатарзалгія), інші порушення м'язів тканин (*напр.* міалгія, фіброміалгія), розлади структури та щільності кісткової тканини (*напр.* остеопороз, остеомалія), порушення цілісності кістки (*напр.* уповільнена консолидація уламків), інші розлади кісток (*напр.* симпатична рефлекторна дистрофія / комплексний регіональний больовий синдром), інші суглобові розлади, включаючи набуті деформації, що уражують кінцівки / області кінцівок, нерівномірна довжина кінцівок, пателлофеморальні розлади, хондромалія надколінка, внутрішні розриви в колінному суглобі (*напр.* розриви мениска), хронічна нестабільність, порушення зв'язок, спонтанний розрив / надрив зв'язок або сухожилків, дислокація, підвивих, контрактура суглобів, гемартроз, випіт в суглоб), системні порушення сполучної тканини, включаючи інші ревматичні розлади і синдром гіпермобільності, доброякісний міалгічний енцефаломієліт (синдром хронічної втоми), професійний контакт з вібрацією (*напр.* синдром кисть-плече), деформуючі дорсопатії (*напр.* кіфоз і лордоз, сколіоз, спонділоліз, спонділолітез, кривошия).

Порушення вестибулярної функції, що мають відношення до реабілітації (*напр.* головокружіння).

Серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда, серцева недостатність, захворювання клапанів, атеросклероз нижніх кінцівок, міокардит, підвищений артеріальний тиск, фібриляція передсердь, трансплантація серця, хвороба Шагаса з ураженням серця, ревматична хвороба серця.

Захворювання лімфатичної системи, що мають відношення до реабілітації (*напр.* лімфедема внаслідок раку молочної залози та інша лімфедема).

Захворювання респіраторної системи: астма, хронічне обструктивне захворювання легень, легенева гіпертензія, фіброз легень, трансплантація легень, пневмоконіоз, азбестоз.

Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання: цукровий діабет, ускладнення метаболічного синдрому, ожиріння, білково-енергетична недостатність.

Захворювання сечостатевої системи і шлунково-кишкового тракту: *напр.* сфінктерні розлади сечового міхура, стресова дисфункція сечового міхура або кишківника, нейрогенна дисфункція сечового міхура і кишківника, синдром хронічного тазового болю статеві розлади, хронічна ниркова недостатність.

Хвороби шлунково-кишкового тракту, що мають відношення до реабілітації (*напр.* неінфекційні запальні захворювання кишківника).

Гематологічні захворювання: функціональні наслідки лейкемії, лімфоми, трансплантація кісткового мозку

Функціональні наслідки раку, включаючи рак голови / шиї, рак молочної залози, рак тіла матки, рак яєчників, рак підшлункової залози, рак передміхурової залози, рак стравоходу

Наслідки деяких інфекційних та паразитарних захворювань, що мають відношення до реабілітації (*напр.* наслідки прокази, наслідки поліомієліту, лімфатичний філяріоз, ВІЛ-інфекція, що призводять до множинних інших захворювань, бруцельоз).

Хвороби щелеп, що мають відношення до ФРМ (*напр.* порушення скронево-нижньощелепового суглобу)

Ускладнення медичної та хірургічної допомоги, що мають відношення до реабілітації (*напр.* променева терапія, яка веде до контрактуру)

Порушення, пов'язані з віком (*напр.* втрата м'язів і атрофія – саркопенія, сенильна астения і слабкість)

Інші хвороби у дітей: вроджений сколіоз, ювенільний остеохондроз хребта (*напр.* хвороба Шейермана), вроджені вади розвитку (*напр.* щілина губи, щілина піднебіння, вроджені аномалії серця), хромосомні аномалії (*напр.* синдром Дауна)

Розлади шкіри та підшкірної тканини, що мають відношення до ФРМ (*напр.* пролежні)

Додаток 3А: Огляд оцінювань при остеоартриті

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

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

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

Додаток 3Б. – Огляд оцінювань при інсульті

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

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

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

Додаток 3В – Оцінювання активності та участі / інструменти вимірювання

Інструменти	Особливості	Посилання
Activity & Participation Questionnaire (APQ-6)	Інструмент з 11 пунктів з 6 основними питаннями, які оцінюють навчальну, професійну та соціальну участь.	Stewart <i>et al.</i> ⁵⁴
Activity Card Sort (ACS)	Інструмент, що оцінює участь особи в побутовій, дозвільній та соціальній активності (<i>напр.</i> прибирання, здійснення покупок, керування транспортним засобом).	Baum <i>et al.</i> ⁵⁵
Assessment of Life Habits (LIFE-H)	Інструмент з 77 пунктів з 12 доменами, 6 з яких охоплюють соціальні ролі (обов'язки, міжособистісні відносини, суспільне життя, навчання, робота і відпочинок) та інші, які охоплюють комунікацію, харчування, особисту гігієну, пересування, фізичну підготовку і житло, де 92,7% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Fougeyrollas <i>et al.</i> ⁵⁶
Australian Community Participation Questionnaire (ACQP)	Інструмент з 30 пунктів з 14 доменами (контакт з найближчими далекими родичами, друзями, сусідами і співпрацівниками, навчання, релігія, організоване суспільство, волонтерська та благодійна активність, інтерес до поточних справ, публічне висловлення думок, активність у спільноті, і політичний протест, де 97,6% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Berry <i>et al.</i> ⁵⁷
Child and Adolescent Scale of Participation (CASP)	Шкала з 20 пунктів, яка оцінює соціальну участь (найближче середовище, школа та громада) дітей віком більш 3 років та підлітків з черепно-мозковою травмою.	Bedell ⁵⁸
Community Integration Questionnaire (CIQ)	Інструмент з 15 пунктів з 3 субшкалами, що включають інтеграцію вдома, соціальну інтеграцію та продуктивну активність (школа, робота або волонтерська активність) постраждалих від черепно-мозкової травми.	Willer <i>et al.</i> ⁵⁹
Community Living Skills Scale (CLSS)	Шкала з 57 пунктів, що оцінює функціональні властивості людей з хронічними психічними захворюваннями у спільноті.	Smith <i>et al.</i> ⁶⁰
Community Reintegration of Service Members (CRIS)	Інструмент з 28 пунктів, що оцінює ступінь, обмеження та задоволення від участі, де 83,1% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь», а також є деякі пункти, що стосуються факторів середовища.	Resnik <i>et al.</i> ⁶¹
Frenchay Activities Index (FAI)	Інструмент з 15 пунктів з 3 субшкалами (робота/дозвілля, активності вдома та на відкритому повітрі), що охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь».	Holbrook <i>et al.</i> ⁶²
ICF Measure of Participation & Activities Screener (IMPACT-S)	Інструмент з 33 пунктів на базі МКФ, який охоплює всі 9 розділів компоненту МКФ «активність та участь».	Post <i>et al.</i> ⁶³
Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ)	Інструмент з 41 пунктів з 5 субшкалами (Автономність в приміщенні, Автономність на відкритому повітрі, Роль в сім'ї, Взаємини і соціальне життя та Освіта і робота), що оцінює сприйняття обмежень життєдіяльності і автономії, де 94,3% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь» поряд з деякими пунктами, що відносяться до факторів середовища.	Cardol <i>et al.</i> ⁶⁴
Keele Assessment of Participation (KAP)	Інструмент з 11 пунктів, що оцінює здатність переміщення, самообслуговування, активності повсякденного життя, освіти і соціальну активність, де 92% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Wilkie <i>et al.</i> ⁶⁵
Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI)	Інструмент з 48 пунктів, що покриває домени функцій та обмежень життєдіяльності, де 81,9% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Haley <i>et al.</i> ⁶⁶
Maastricht Social Participation Profile (MSPP)	Інструмент з 26 пунктів, що включає 4 субшкали (участь у споживанні, формальна, неформальна соціальна участь, що відноситься до родини та знайомих), де 88,6% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Mars <i>et al.</i> ⁶⁷
Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 (MPAI-4)	Інструмент з 37 пунктів, що оцінює здатність, пристосування і участь, де тільки 46,9% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь»; однак, з деякими пунктами, що відносяться до факторів середовища та особистих факторів.	Malec <i>et al.</i> ⁶⁸
Measurement of a Person's Habitual Physical Activity (MPHRA)	Інструмент з 22 пунктів з 3 субшкалами (активності роботи, спорту та дозвілля), де 90,9% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Baecke <i>et al.</i> ⁶⁹
Nordic Mobility-related Participation Outcome Evaluation of Assistive Device Intervention (NOMO)	Інструмент з 28 пунктів, який оцінює мобільність у зв'язку із залежністю, допомогою, частотою, складністю і участю, де 84,4% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».	Brandt <i>et al.</i> ⁷⁰

Norwegian Function Assessment Scale (NFAS)	Інструмент з 39 пунктів, що охоплює 7 доменів (стояння/ходьба, Bushnik ⁷¹ збирання/утримання, підйом/перенесення, сидіння, управління, комунікація/співробітництво і почуття, де 97,7% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь».
Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY)	Інструмент, що оцінює участь та фактори середовища у дітей та підлітків у віці від 5 до 17 років з обмеженням життєдіяльності або без неї. Coster <i>et al.</i> ⁷²
Participation Assessment With Recombined Tools-Objective (PART-O)	Інструмент з 17 пунктів, що включає в себе 3 субшкали, що відносяться до продуктивності, соціальних відносин і заходам на відкритому повітрі, первинно розроблений для осіб з черепно-мозковою травмою, де 89,7% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Whiteneck <i>et al.</i> ⁷³
Participation Enfranchisement (PE)	Опитувальник, що складається з 19 пунктів, який оцінює пересування, суспільну активність, враховуючи здатність робити вибір, очікування, обов'язки і цінності, де 85,7% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Heinemann <i>et al.</i> ⁷⁴
Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC)	Інструмент з 51 пунктів із 9 доменами (Мобільність, Рольові функції, Домашнє життя/самообслуговування, Міжособистісні відносини, Громада, Соціальне та цивільне життя, Основні сфери життя, Комунікація, Освіта та робота), де 91,5% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Gandek <i>et al.</i> ⁷⁵
Participation Objective, Participation Subjective (POPS)	Інструмент з 26 пунктами на основі МКФ, що складається з 5 субшкал (домашнє життя, міжособистісні взаємодії та відносини, основні сфери життя, транспорт, громада, відпочинкове та цивільне життя), що покриває 100% компоненту МКФ «активність та участь». Brown <i>et al.</i> ⁷⁶
Participation Scale/P-scale	Інструмент з 18 пунктами, що оцінює соціальну участь, де 88,9% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Van Brakel <i>et al.</i> ⁷⁷
Participation Survey/Mobility (PARTS/M)	Інструмент з 161 пунктами, що включає 6 доменів (Самообслуговування, Мобільність, Домашнє життя, Міжособистісні взаємодії та відносини, Основні сфери життя та Громадське, соціальне та цивільне життя), де 82,7% елементів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Gray <i>et al.</i> ⁷⁸
Pepper Assessment Tool for Disability (PAT-D)	Інструмент з 19 пунктами з 3 субшкалами (основні та інструментальні активності повсякденного життя та мобільність), який охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь». Rejeski <i>et al.</i> ⁷⁹
Perceived Impact of Problem Profile (PIP)	Інструмент з 23 пунктами, який включає 5 доменів (само обслуговування, мобільність, взаємозв'язок, участь та психологічне благополуччя), що становить 80,6% позицій, пов'язаних з компонентом МКФ «активність та участь». Pallant <i>et al.</i> ⁸⁰
Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)	Інструмент з 46 пунктами та 7 доменами (охорона здоров'я, професійна активність, домашнє життя, стосунки – найближчі та дальні родичи, соціальне середовище і психологічний дискомфорт), розроблений для осіб з хронічними станами здоров'я Derogatis ⁸¹
Rating of Perceived Participation (ROPP)	Інструмент з 16 пунктами, який охоплює 100% компоненту МКФ «активність та участь». Sandström <i>et al.</i> ⁸²
Rehabilitation Activities Profile (RAP)	Інструмент з 71 пунктами, що включає 5 доменів (комунікація, мобільність, самообслуговування, заняття та відносини), де 93,8% елементів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Jelles <i>et al.</i> ⁸³
Social-Functional Autonomy Measurement System (Social SMAF)	Інструмент з 35 пунктами, що оцінює психічні функції, комунікацію, мобільність, основні та інструментальні активності повсякденного життя та соціальне функціонування, де 80,5% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Pinsonnault <i>et al.</i> ⁸⁴
Social Participation Questionnaire (SPQ)	Опитувальник з 22 пунктів, що оцінює соціальні відносини та залучення до соціальної активності, де 90,3% пунктів пов'язані із компонентом МКФ «активність та участь». Densley <i>et al.</i> ⁸⁵
Socially Valued Role Classification Scale (SRCS)	Інструмент з 25 пунктів, що складається з 5 доменів (домашні завдання і самообслуговування, особистий розвиток і реабілітація, догляд за іншими, формальна освіта і навчання, а також робота), де 85,7% пунктів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Harris <i>et al.</i> ⁸⁶
Stroke Impact Scale (SIS)	Інструмент з 64 пунктів, розроблений для пацієнтів з інсультом, який охоплює 8 доменів (сила, функція кісті, комунікація, пам'ять, емоції, міркування, активності повсякденного життя та участь). Duncan <i>et al.</i> ⁸⁷
Sydney Psychosocial Reintegration Scale Version 2 (SPRS-2)	Інструмент з 12 пунктів, що складається з 3 доменів (робота/дозвілля, міжособистісні відносини та навички незалежного життя), спочатку розроблений для черепно-мозкової травми, де 96,2% елементів пов'язані з компонентом МКФ «активність та участь». Tate <i>et al.</i> ⁸⁸

Time Organisation and Participation Scale (TOPS)	Інструмент з 32 пунктів з 3 субшкалами (виконання щоденних завдань, Rosenblum ⁸⁹ організація активності та емоційні відповіді), де 86,7% пунктів по'язані з компонентом МКФ «активність та участь».
Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation (USER-Participation)	Інструмент з 32 пунктів, який охоплює 100% компоненту «активність та участь» МКФ і оцінює за допомогою рейтингових шкал частоту, обмеження і задоволення.
WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)	Інструмент цілком на основі МКФ з 36 пунктами у 6 доменах Üstün <i>et al.</i> ⁹¹ (розуміння та спілкування, пересування, самообслуговування, взаємодія з іншими, активності життя та участь у суспільстві).
Нещодавно розроблені інструменти	
Oxford Participation and Activities Questionnaire (Ox-PAQ)	Інструмент з 23 пунктів на базі МКФ з 3 доменами, що оцінюють Kelly <i>et al.</i> ⁹² рутинну активність, емоційне благополуччя та соціальне залучення. Morley <i>et al.</i> ⁹³
Ghent Participation Scale (GPS).	Інструмент на базі МКФ, що включає 15 суб'єктивних компонентів, що Van de Velde <i>et al.</i> ⁹⁴ мають відношення до активності, яка є важливою для особи та 2 об'єктивних компоненти, що стосуються обмежень активності.
Джерело для відсоткових значень охоплення вмісту стосовно МКФ: Ballert <i>et al.</i> ⁹⁵ .	

Додаток 4А – Втручання в ФРМ

Медичні втручання	<p>Медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення або поліпшення структур та/або функцій організму, <i>напр.</i> знеболювальна терапія, протизапальна терапія, регуляція м'язового тону, поліпшення пізнавальних функцій, поліпшення фізичного функціонування, поліпшення здоров'я кісток, лікування депресії або розладів настрою, лікування розладів сечового міхура, кишківника, або сексуальної дисфункції, або інших наслідків або ускладнень неврологічних станів, що призводять до обмежень життєдіяльності (<i>напр.</i> гетеротопна осифікація, вегетативна дизрефлексія, ортостатична гіпотензія)</p> <p>Практичні процедури, включаючи ін'єкції (<i>напр.</i> анестетиків, кортикостероїдів, внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти, або епідуральні, або ін'єкції у тригерні точки), нейротерапія, регенеративна ін'єкційна терапія/ підходи тканинної інженерії / біологічна терапія (<i>напр.</i> пролотерапія з декстроною, плазма, збагачена тромбоцитами, аутологічна кондиційована сироватка, аутологічний білковий розчин, аутологічні мезенхімальні або інші стовбурові клітини), введення ботулотоксину, озono-киснева терапія / ін'єкції, блокади нервів та інші методи введення лікарських засобів (<i>напр.</i> іонофорез, фонофорез, використання інтратекальних помп для введення баклофену тощо).</p> <p>Оцінювання та аналіз результатів втручань, включаючи електроміографію та діагностичне ультразвукове дослідження</p> <p>Прогнозування</p>
Втручання ФРМ з фізичними агентами та терапевтичними вправами	<p>Кінезіотерапія та терапевтичні вправи</p> <p>Техніки нейрофасілітації (<i>напр.</i> нейророзвиткові втручання / підходи Bobath, Brunnstrom, техніка Rood, пропріоцептивна нейром'язова фасілітація, терапія з сенсорної інтеграції, Војта-терапія), а також практика повторюваних завдань (<i>напр.</i> терапія примусовими рухами)</p> <p>Вібраційна терапія, як втручання за допомогою вправ (<i>напр.</i>, вібрація всього тіла)</p> <p>Комп'ютерні ігри з використанням систем віртуальної реальності / ігрових консолей / відеоігор</p> <p>Медитативні рухові терапії (<i>напр.</i> цигун, йога та тай-чи)</p> <p>Техніки мануальної терапії для зворотно скнутих суглобів і пов'язаних дисфункцій м'язів тканин, а також мануальні тракції (можливі також тракції з використанням пристроїв)</p> <p>Маневри (<i>напр.</i> специфічні репозиційні маневри – Epley, Liberatory, Semont в контексті реабілітації вестибулярних розладів / головокружіння; фізичні контр-маневри для лікування ортостатичної гіпотензії)</p> <p>Дихальна фізична терапія – методи та техніки гігієни дихальних шляхів, інгаляційна терапія, дихальні вправи</p> <p>Втручання з використанням масажу</p> <p>Електротерапія (<i>напр.</i> методи електростимуляції – TENS, FES, NMES, стимуляція спинного мозку).</p> <p>Нейромодуляція / неінвазивні методи стимуляції мозку (<i>напр.</i> tDCS, rTMS, CES, RINCE)</p> <p>Магнітотерапія (<i>напр.</i> PEMF для полегшення болю, репарації кісток та хрящів, загоювання ран, використання магнітних стільців у контексті урогінекологічної реабілітації)</p> <p>Інші методи фізичної терапії, у тому числі ультразвукова, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія, застосування тепла та холоду, короткохвильова діатермія, текартерапія, озонотерапія тощо.</p> <p>Фототерапія (<i>напр.</i> терапія з використанням УФ випромінювання, лазерна терапія, включаючи лазеротерапію низької та високої інтенсивності)</p> <p>Гідротерапія та бальнеотерапія</p> <p>Кліматотерапія</p> <p>Активності, пов'язані з допомогою тварин та терапія з допомогою тварин (<i>напр.</i>, іпотерапія, використання службових тварин)</p> <p>Лімфотерапія (ручний лімфатичний дренаж, переміжна пневматична компресія, перев'язування, кінезіотейпування)</p> <p>Гіпербарична оксигенотерапія при пролежнях, виразках пальців, загоєнні переломів та при неврологічних станах, пов'язаних з ішемією (інсульт, ЧМТ, параліч лицьового нерву)</p> <p>Акупунктура та інші підходи комплементарної та альтернативної медицини (<i>напр.</i> використання банок)</p>

Ерготерапія	<p>Аналіз і навчання активностям повсякденного життя і заняттям</p> <p>Навчання пацієнта навичкам подолання бар'єрів у виконанні активностей повсякденного життя</p> <p>Навчання при наявності порушених функцій та пізнання</p> <p>Навчання стратегіям для обминання когнітивних порушень</p> <p>Реабілітаційні втручання для керування транспортним засобом (<i>напр.</i> оцінка за допомогою симулятора керування, оцінка всередині транспортного засобу, тестування за кермом, перенавчання)</p> <p>Підтримка порушених структур тіла (<i>напр.</i> ортезування)</p> <p>Ергономічні втручання для сприяння функціонуванню</p> <p>Налаштування середовища на роботі та вдома</p> <p>Втручання з метою повернення до роботи / втручання з управління обмеженням життєдіяльності з питань роботи (спрямовані на особу та роботу) в контексті професійної або заняттєвої реабілітації (<i>напр.</i> консультування, заохочення, навчання, професійний коучинг, підтримка в рамках професії, психосоціальне консультування, тренування навичок з подолання, терапія вирішення проблем та професійні/заняттєві навчальні втручання, а також спілкування з або між роботодавцями / менеджерами, рівними консультантами і фахівцями охорони здоров'я додатково до інших втручань, спрямованих на зниження обмежень активності і обмежень можливості участі, застосування допоміжних технологій та налаштування робочого місця)</p> <p>Терапія з допомогою природи / садівнича терапія</p> <p>Арт- / музико- / танцювальна терапія</p> <p>Сприяння доступу до інформаційних технологій та їх використання, включаючи телемоніторинг та телереабілітаційні втручання</p> <p>Технології «розумного будинку»</p> <p>Підвищення мотивації</p>
Терапія мови та мовлення в рамках комплексних спеціалізованих програм ФРМ Менеджмент дисфагії	<p>На додаток до традиційних методів терапії мови та мовлення, застосування інноваційних підходів до розладів мови та мовлення (<i>напр.</i> застосування технологій телемедицини)</p> <p>Покращення порушених функцій, використання компенсаційних втручань для сприяння ковтанню та адаптаційних засобів (<i>напр.</i> використання специфічних поз, маневрів при ковтанні, модифікація консистенції і розміру болюсу, вправи для задіяних структур, теплова / тактильна стимуляція, NMES, поживні зонди, внутрішньоротові протези)</p>
Нейропсихологічні втручання	<p>Когнітивне ретренування, когнітивна стимуляція та комп'ютерні інтервенції в контексті когнітивної реабілітації</p>
Психологічні втручання, включно з консультуванням пацієнтів та їх родин / доглядачів Нутритивна терапія	<p>Когнітивні або поведінкові техніки, включаючи додаткові та альтернативні методи втручання (<i>напр.</i> когнітивно-поведінкова терапія, Acceptance and commitment therapy, стратегії релаксації, майндфулнес терапія, медитація, гіпноз, біологічний зворотній зв'язок, дзеркальна терапія, керовані образи)</p> <p>Дієтичні втручання</p> <p>Поради та консультування з питань харчування</p>
Обладнання при обмеженнях життєдіяльності, допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби Пацієнти, родини / доглядачі, навчання професіоналів, включаючи навчання самоорганізації ФРМ / реабілітаційне медсестринство	<p>Допоміжні технології*, починаючи від низькотехнологічних засобів, таких як тростини до високотехнологічного обладнання або систем, таких як моторизовані візки або комп'ютеризовані системи (системи комунікації, <i>напр.</i> телемоніторинг чи телереабілітація – згадані вище) та інші в практиці реабілітації, включаючи роботизовані втручання (роботизована реабілітація)</p> <p>Навчальні втручання для пацієнтів, включаючи навчання самоорганізації (<i>напр.</i> школа спини)</p> <p>Навчальні втручання для родин / доглядачів (<i>напр.</i> втручання, орієнтовані на родину)</p> <p>Навчальні втручання для професіоналів (<i>напр.</i> тренінги з доказової медицини, тренінги з досліджень, БМО / БПР)</p> <p>Догляд, навчання та допомога з питань безпеки (<i>напр.</i> запобігання падінню в лікарнях), догляд за шкірою, сечовим міхуром та кишківником, харчування, сон і адаптація до зміненого способу життя</p> <p>Кейс-менеджмент шляхом комунікації між реабілітаційною командою, пацієнтом та родиною</p> <p>Сприяння випиці / пересуванню між закладами</p>

* Визначення допоміжної технології: «Будь-який предмет, частина обладнання або виріб, незалежно від того, придбаний він комерційно, модифікований або налаштований, і який використовується для збільшення, підтримки або поліпшення функціональних можливостей людей з обмеженням життєдіяльності». (Assistive Technology Act. United States Congress 2004. Public Law 108-364. Available from: www.ataporg.org/atap/atact_law.pdf)

СЕС: краніальна електротерапевтична стимуляція; БМО: безперервна медична освіта; БПР: безперервний професійний розвиток; FES: функціональна електростимуляція; NMES: нервово-м'язова електростимуляція; RINCE: неінвазивна кортикальна електростимуляція зі зниженим імпедансом; TENS: кризьшкірна електростимуляція; PEMF: імпульсне електромагнітне поле; tDCS: транскраніальна стимуляція постійним струмом; ЧМТ: черепно-мозкова травма; rTMS: повторювальна транскраніальна магнітна стимуляція; УФ: ультрафіолетовий

Можливо перекриття перерахованих втручань щодо підзаголовків в лівому стовпці (*напр.* деякі фізичні втручання можуть відноситись до ерготерапії або навпаки, психологічні втручання можуть також ставитись до різних областей практики).

Адаптовано / переглянуто / розширено / доповнено з Білої книги з ФРМ в Європі^{1,2}, а також з пізніших публікацій щодо сфери компетентностей лікарів ФРМ¹⁸. Література, яка є доказом концепції використання ФРМ-втручань, доданих до попереднього списку втручань з Білої книги^{1,2}, може бути знайденою в додаткових посиланнях, включаючи вибрані огляди / систематичні огляди (і кілька інших видів досліджень, які служать хорошими прикладами по конкретному втручанню у разі відсутності оглядів).

Додаток 4Б – Нейромодуляція

Нейромодуляція, як важливе втручання ФРМ, що спрямоване на властивості функціонування на різних рівнях, включаючи порушення, обмеження діяльності та обмеження участі (з Grabljevec⁹⁸).

Нейромодуляція представляє будь-який метод, що використовує неінвазивний або інвазивний підхід, з метою впливу на адаптацію, пластичність, структурні зміни центральної або периферичної нервової системи. Різноманітні методи застосовуються на різних стадіях після нейронального пошкодження з різними терапевтичними цілями, які працюють на рівні структур і функцій організму, а також активності та участі.

Орієнтовані на специфічний / окрему частину / центр в мозку для лікування рухових порушень

- Глибока стимуляція мозку (DBS)

Орієнтовані на більшу площу кіркової та підкіркової тканини мозку з метою індукції «модуляції» через кірково-підкіркові та кірково-кіркові мережі за допомогою трансинаптичного поширення, що призводить до віддалених, але специфічних змін активності мозку у функціональних мережах

- Транскраніальна магнітна стимуляція (TMS)
- Транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS)
- Лазеротерапія низької інтенсивності (LLLT)

Доставка лікарського засобу інтратекально, щоб викликати зміни на синаптичному рівні (лікування нестримної спастичності та болю)

- Інтратекальне введення лікарського засобу (IDD)

Орієнтовані на спинний мозок, щоб полегшити хронічний, нестримний біль тулубу та / або кінцівок

- Стимуляція спинного мозку (SCS)

Стимуляція сакральних нервів або аферентних волокон гомілкового нерву для модуляції нейрональної активності, що впливає на поведінку тазового дна, нижніх сечовивідних шляхів, сечових та анальних сфінктерів та товстої кишки.

- Сакральна нейростимуляція
- Тібіальна черешкірна нейростимуляція, внутрішньопузирна нейростимуляція

Додаток 5. – Критерії для акредитації програм фізичної та реабілітаційної медицини

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

На веб-сайті буде показано наступний набір критеріїв та додано до шаблону для повідомлення заявника та рецензентів. Рецензенти повинні будуть перевірити, чи ці пункти були виконані.

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

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

Розділ 8 – Спеціальність ФРМ в системі охорони здоров'я та суспільстві

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ займається глобальним оглядом ролі ФРМ у системах охорони здоров'я в Європі. Кілька документів та звітів ВООЗ та ООН закликають до посилення реабілітації, як ключової стратегії охорони здоров'я ХХІ сторіччя у світі. Тому подальше впровадження ФРМ у системи охорони здоров'я має вирішальне значення. Багато аспектів мають бути врахованими при впровадженні ФРМ у систему охорони здоров'я. Оскільки фізична та реабілітаційна медицина повинна бути забезпечена протягом усього континууму допомоги, повинна бути розроблена специфічна фазова модель. Ці фази залежать від функціональних потреб пацієнтів, а також від тимчасових аспектів стану здоров'я: він може бути вродженим або набутим, і розлад може мати гострий, прогресуючий або дегенеративний перебіг. У документі описані наступні фази: абілітація, преабілітація, ФРМ у гострих закладах, у підгострих та в довготривалих закладах. Обов'язковим є регулярне сортування та повторне оцінювання, для призначення пацієнтові відповідного рівня та закладу реабілітаційної допомоги. Тому реабілітаційні служби повинні бути стратифікованими та організованими у мережі для забезпечення найкращої можливої допомоги, адаптованої до потреб і цілей особи, впродовж періоду допомоги. Забезпечення правильних послуг ФРМ потребує гарного планування надання послуг, розвитку спроможності та розподілу ресурсів. Необхідними ресурсами є людські (зі складними мульти-професійними командами), технічні (діагностичне та терапевтичне обладнання, обладнання для виконання додаткових діагностичних заходів, реабілітаційні технології та допоміжні засоби) та фінансові. Рішення про виділення зазвичай обмежених ресурсів вимагають процесу обґрунтування та чітких і прозорих критеріїв. Слід поважати принципи клінічного управління та забезпечувати відповідні компетентності. Профілактика захворювань (первинна, вторинна та третинна), підтримка та забезпечення здоров'я при хронічних станах, а також загальне зміцнення здоров'я, стають все більш важливими для ФРМ. Вони включають заохочення до фізичної активності та пропаганду здорової поведінки, що спрямовані на підтримку максимального функціонування та запобігання ускладнень при станах, які призводять до обмежень життєдіяльності, або прогресують. Це обговорюється в документі разом з деякими етичними роздумами щодо виборів, які лікарі ФРМ постійно повинні робити під час надання послуг.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):261-278.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 8. Спеціальність ФРМ в системі охорони здоров'я та суспільстві. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 145–163.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, надання послуг в охороні здоров'я, впровадження плану охорони здоров'я.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству,

основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Система охорони здоров'я – це організація людей, закладів та ресурсів, які надають послуги охорони здоров'я для задоволення потреб цільових груп населення в охороні здоров'я. На думку ВООЗ, її основним наміром є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я.

Місце ФРМ відноситься до різних аспектів і та фаз охорони здоров'я для людей з багатьма різни-

ми станами здоров'я. Цей розділ надає глобальний огляд ролі ФРМ у системах охорони здоров'я в Європі, зокрема щодо: впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я, розвиток спроможності та розподілу ресурсів, клінічне управління та компетентності, різних фаз процесу ФРМ та, нарешті, профілактику захворювань, підтримку здоров'я та зміцнення здоров'я у сфері ФРМ.

Впровадження фізичної та реабілітаційної медицини в системах охорони здоров'я

Відповідно до ВООЗ, реабілітація є частиною універсального покриття охороною здоров'я, та повинна бути інтегрована до пакету основних послуг, разом із профілактикою, промоцією, лікуванням та паліативною допомогою¹. Фізична та реабілітаційна медицина повинна відігравати важливу роль у системах охорони здоров'я, зокрема, у реабілітації, але також й у профілактиці, лікуванні та підтримці². Всесвітній звіт з обмежень життєдіяльності описує центральну роль спеціальності, як *“покращення функціонування через діагностику та лікування станів здоров'я, зменшення порушень та запобігання або лікування ускладнень”*³. Відповідно, *“Глобальний план дій з обмежень життєдіяльності”*⁴ визначає *“кількість випускників навчальних закладів на 10 000 населення – за рівнем та сферою освіти (напр. фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, ерготерапія, протезування та ортезування)”*, як один з показників успішності імплементації реабілітаційних послуг. Оскільки деякі реабілітаційні інтервенції застосовуються іншими медичними спеціалістами та фахівцями охорони здоров'я, роль ФРМ у системах охорони здоров'я та реабілітації потрібно розглядати дуже уважно*.

Як і реабілітація в цілому, ФРМ повинна брати на себе роль на всіх рівнях системи охорони здоров'я та протягом континууму допомоги (Таблиця І). Ці реабілітаційні послуги класифікуються наступним чином (*підгрупи послуг не враховані*), більш детальна інформація описана нижче в частині про різні фази процесу ФРМ:

А. Гострі реабілітаційні послуги надаються у лікарнях на вторинному та третинному рівнях. Гострі реабілітаційні послуги повинні починатися навіть під час інтенсивної терапії, та повинні про-

водитись мульти-професійними командами (включаючи лікаря ФРМ, фізичного терапевта, ерготерапевта та інших фахівців реабілітації), які працюють спільно під керівництвом лікаря ФРМ. Гострі реабілітаційні послуги можуть надаватися в спеціалізованих палатах гострої реабілітації або мобільними командами гострої реабілітації.

Б. Підгострі реабілітаційні послуги: підгострі реабілітаційні послуги надаються негайно або одразу після виписки з блоків гострої допомоги. Для більш важких випадків (суттєві сестринські та медичні потреби, значні обмеження мобільності та активностей повсякденного життя) підгостра реабілітація має проводитись в стаціонарних відділеннях підгострої реабілітації. Пацієнти з меншими обмеженнями також можуть бути скеровані до амбулаторних відділень підгострої реабілітації. Для пацієнтів з незначними дефіцитами можуть бути достатніми більш прості втручання, навіть на рівні первинної медичної допомоги. Підгострі реабілітаційні послуги на вторинному/третинному рівні повинні бути спеціалізованими для конкретного стану здоров'я (захворювання або травми), а також мають мати мульти-професійну реабілітаційну команду.

В. Довготривалі реабілітаційні послуги: Довготривалі реабілітаційні послуги спрямовані на підтримку (і поліпшення) функціонування для осіб з довготривалими обмеженнями життєдіяльності, або зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, включаючи вроджені обмеження життєдіяльності та хронічні хвороби. У разі необхідності, вони можуть бути вхідною точкою для більш спеціалізованої реабілітації. Довготривала реабілітація має відбуватись за призначенням та координацією лікаря ФРМ навіть в умовах первинного рівня медичної допомоги. Для цієї фази спостерігається все більше доказів на підтримку фізичних вправ та адаптивної фізичної активності (див. нижче в частині *“Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я у ФРМ”*). Якщо не існує спеціалізованої реабілітації, моделлю надання мінімальних реабілітаційних послуг для людей, які їх потребують, є Реабілітаційні послуги, що надаються в громаді (РНГ). Це повинно бути тісно пов'язано з інклюзивною політикою розвитку громад (ПРГ). Періодичні стаціонарні реабілітаційні послуги можуть бути використані для стимуляції та посилення впливу реабілітації у пацієнтів з хронічними станами здоров'я, також якщо вони пов'язані з психосоціальним стресом та професійними проблемами.

Для виконання своїх завдань протягом різних фаз траєкторії реабілітації, лікарі ФРМ можуть працювати в багатьох закладах, таких як гострі, загальні або університетські шпитали, реабілі-

*Щодо специфічної ролі ФРМ у профілактиці, лікуванні та реабілітації при специфічних розладах або обмеженнях життєдіяльності дивись Книгу сфери компетентностей у ФРМ (Book on the Field of Competence of PRM), що видана Комітетом професійної практики Секції ЄСМС-ФРМ (www.euro-prm.org)

Таблиця 1. Матриця реабілітаційних послуг

Рівень медичної допомоги	Типи послуг		
	А. Гостра допомога	Б. Підгостра допомога	В. Довготривала допомога
Третинний рівень медичної допомоги	A.1: Палати гострої реабілітації A.2: Мобільні команди гострої реабілітації	Б.1: Стаціонарні відділення підгострої реабілітації	В.1: Періодичні стаціонарні реабілітаційні установи
Вторинний рівень медичної допомоги	A.1: Палати гострої реабілітації A.2: Мобільні команди гострої реабілітації	Б.1: Стаціонарні відділення підгострої реабілітації Б.2: Амбулаторні відділення підгострої реабілітації Б.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом / керівництвом лікаря ФРМ	В.1: Періодичні стаціонарні реабілітаційні установи
Первинний рівень медичної допомоги	-	Б.2: Амбулаторні відділення підгострої реабілітації Б.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом / керівництвом лікаря ФРМ	В.2: Реабілітаційні центри первинної допомоги В.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом / керівництвом лікаря ФРМ В.4: Реабілітаційні послуги, що надаються в громаді (РНГ)

таційні центри (стаціонарні та/або амбулаторні), а також у приватній практиці, центрах охорони здоров'я в громадах тощо. Моделі надання послуг фізичної та реабілітаційної медицини можуть варіювати в організаційних деталях в різних країнах, але обов'язковими елементами повинні бути наявність, доступність, прийнятність, та відповідна наукова та клінічна якість. У принципі, усі види надання допомоги повинні також бути відкритими для лікарів ФРМ. Нарешті, але не менш важливо, слід зазначити, що специфічний досвід лікарів ФРМ може бути важливим для надання консультацій щодо прийняття рішень політиками, страховими закладами та компаніями, планувальниками будівлі міст та багатьма іншими професіями та інституціями у сфері здоров'я та обмежень життєдіяльності, а також проектування середовища.

Коли мова йде про фактичне впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я, Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності закликає держави-учасниці організувати, зміцнювати та розширювати комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування (Стаття 26)⁵.

Посилення послуг з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, є однією з цілей Глобального Плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності⁵. З цією метою та в рамках Плану співпраці ВООЗ-ISPRM 2014-2017 рр. *Gutenbrunner et al.* запропонували наступні заходи⁶:

- розробити матрицю та контрольні листи для аналізу існуючих реабілітаційних послуг, а також виявлення дир у наданні послуг;
- створити Дорадчу групу з реабілітаційних послуг (RAT) з експертів з розумінням глобаль-

них та регіональних систем охорони здоров'я, які зможуть надати керівництво;

- надавати консультативну допомогу країнам, у разі звернень, через проекти швидкого реагування, які надають підтримку для створення реабілітаційних послуг та навчальних програм для реабілітаційної робочої сили, за умови запиту від ВООЗ.

Обов'язковим аспектом при зміцненні систем охорони здоров'я для реагування на потреби пацієнтів в сфері здоров'я та реабілітації є інформація про функціонування. Системи охорони здоров'я повинні звертати увагу на те, що людям важливо для їх здоров'я, «життя в здоров'ї», а не тільки «біологічного здоров'я». Тож функціонування є третім індикатором здоров'я, крім захворюваності та смертності. МКФ є найкращою перспективою для документування та збору інформації з функціонування⁷. Системи охорони здоров'я можуть отримувати прибуток від використання інформації з функціонування для покращення міжпрофесійної співпраці та досягнення перехресних результатів лікування захворювань⁸.

Прикладом такого способу збору даних є «Міжнародне дослідження травм спинного мозку (InSCI)», яке є основою «Learning Health System for Spinal Cord Injury Initiative»⁹.

У лютому 2017 року ВООЗ запустила «Реабілітація 2030: заклик до дій». Це важлива ініціатива, спрямована на нарощування реабілітаційних послуг в країнах по всьому світові в світлі сучасних глобальних тенденцій охорони здоров'я (зростаюча поширеність неінфекційних хвороб та травм) та старіння. Ступінь обмежень життєдіяльності в усьому світі вивчався у «Global Burden of Disease Study 2013»¹⁰.

Для забезпечення доступності реабілітації для тих, хто цього потребує, ВООЗ сформував сім рекомендацій щодо реабілітації в системах охорони здоров'я:

1. Реабілітаційні послуги повинні бути інтегровані до систем охорони здоров'я;
2. Реабілітаційні послуги повинні бути інтегровані до первинного, вторинного та третинного рівнів системи охорони здоров'я та між цих рівнів;
3. Повинні бути доступними мульти-дисциплінарні кадрові ресурси з реабілітації ("мульти-дисциплінарна" було визначено ВООЗ, проте коректним є термін "мульти-професійна" – див. глосарій);
4. Доступними мають бути реабілітаційні послуги як в громаді, так і лікарні;
5. Лікарні повинні включати спеціалізовані стаціонарні реабілітаційні блоки для пацієнтів із складними потребами;
6. Фінансові ресурси повинні бути спрямовані на реабілітаційні служби для впровадження та підтримки рекомендацій щодо надання послуг;
7. Там, де медичне страхування існує, або буде доступним, воно повинно включати реабілітаційні послуги.

У Відділі обмежень життєдіяльності та реабілітації ВООЗ розробляються Настанови з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, які надаватимуть рекомендації державам-членам та відповідним зацікавленим сторонам, що допоможуть прийняти обґрунтовані рішення при побудові або зміцненні систем реабілітації¹¹. Дослідницькі питання та подальші рекомендації в настановах ґрунтуються на шести базових елементах системи охорони здоров'я: керівництво та управління, надання послуг, кадрові ресурси, інформаційні системи, доступ до основних ліків/допоміжних технологій та фінансування. Тому в Настановах з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, будуть надані рекомендації щодо імплементації реабілітації на рівні систем, як стратегії охорони здоров'я, а ні специфічних реабілітаційних втручань.

Надання послуг – це один з шести базових елементів систем охорони здоров'я. Тому для області реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, було запропоновано концептуальний опис реабілітаційних послуг¹². З метою закриття прогалів у національних та/або регіональних системах реабілітації та подальшого розвитку відповідних реабілітаційних послуг важливим є визначення єдиних критеріїв та загальноприйнятої мови для опису та класифікації реабілітаційних послуг. Робоча група Комітету зв'язку ISPRM-ВООЗ розробляє перелік вимірів та категорій, що описують організацію служб реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, в рамках "Міжна-

родної класифікації організації послуг для реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям" (ICSO-R)¹³. У рамках європейської ініціативи щодо впровадження МКФ та ICSO-R в рамках системи управління якістю реабілітації в січні 2016 р. у Нотвілі (Швейцарія), відбувся семінар експертів Секції та Ради ФРМ ЄСМС. Під час цього семінару було чітко продемонстровано доцільність та застосовність ICSO-R для опису реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям¹⁴. Використання ICSO-R призводить до більш точного та порівняльного опису реабілітаційних послуг у порівнянні з підходом опису словами. Таким чином, рекомендовано використовувати ICSO-R для опису та порівняння існуючих реабілітаційних послуг, а також моделей послуг в якості опорних точок, впровадженні реабілітаційних послуг в системах охорони здоров'я та у рамках протоколу управління клінічною якістю.

У більшості європейських країн ФРМ, як медична спеціальність, так і реабілітаційна послуга досить добре розвинена на протязі континууму допомоги пацієнтам з реабілітаційними потребами та цілями. Однак деякі прогаловані залишаються. Таким чином, ця спеціальність в даний час є відсутньою в одній країні Європейського Союзу (ЄС) (Данія), а також у деяких європейських країнах, які не є членами ЄС.

У Росії, а тепер й в Україні робоча група Секції ФРМ ЄСМС підтримує розвиток спеціальності фізична та реабілітаційна медицина. В Росії нещодавно було створено імплементаційний пілотний проект "Розвиток системи медичної реабілітації в Російській Федерації (DOME)". Головною метою є продемонструвати ефективність «нової» моделі системи медичної реабілітації порівняно з традиційною моделлю на трьох категоріях пацієнтів (з гострою цереброваскулярною подією, гострим коронарним синдромом та після ендопротезування кульшового суглобу).

Дотепер існує дуже мало літератури щодо впровадження реабілітаційних проектів у країнах з високим і середнім рівнем доходу. У 2013 році Australian Agency for Clinical Innovation опублікувало дуже детальний посібник "Набір інструментів з впровадження реабілітації", який можна використовувати як довідкову модель, що описує шість закладів надання допомоги, в яких надаються реабілітаційні послуги¹⁵. Вони стверджують, що це є основою для ефективного надання реабілітаційних послуг, що пацієнт отримує «правильну допомогу у правильному місці в потрібний час» з підтримуючими ключовими складовими подорожі пацієнта, загальними для всіх закладів. Коли пацієнт потрапляє до реабілітації та пересувається між закладами надання допомоги, існує повторювана схема наступних стадій: скеру-

вання/надходження, оцінювання/надання послуг та виписки/зміна виду допомоги.

Деякі інші важливі базові елементи для впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я будуть розглянуті в наступних розділах (людські ресурси, фінансування та клінічне управління, включаючи акредитацію).

Нарешті, впровадження ФРМ в системах охорони здоров'я повинно бути контекст-специфічним, обґрунтованим прийняттям рішень, заснованим на доказах, що включають найкращі практики та у тісній співпраці з усіма зацікавленими сторонами, включаючи пацієнтів та інших споживачів.

Розвиток спроможності та розподіл ресурсів у фізичній та реабілітаційній медицині

Розвиток спроможності може бути визначений, як втручання, що змінили здатність організації чи громади вирішувати питання охорони здоров'я шляхом створення нових структур, підходів та/або цінностей¹⁶.

Це – будь-яка специфічна дія чи серія дій, що підвищують ефективність окремих осіб, організацій чи систем, включаючи організаційну та фінансову стабільність, програмне надання послуг та якість програми для створення позитивних змін та підвищення ефективності для покращення результатів громадського здоров'я¹⁷.

У деяких європейських закладах медичні та реабілітаційні послуги для людей з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, залишаються субоптимальними. Статті 20, 25 та 26 Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності⁴ вимагають від держав-членів розробки початкового та безперервного навчання для фахівців та персоналу з метою покращення доступу до інклюзивної допомоги у сфері охорони здоров'я, допоміжних технологій та реабілітаційних послуг. Цілі Глобального плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки також закликають держави-члени посилити та поліпшити доступ до послуг з реабілітації, допоміжних технологій та реабілітації, що надається в громаді (РНГ). Розвиток цих спроможностей набуває все більшого значення в світлі зростаючих тенденцій неінфекційних захворювань, старіння населення та зростаючої кількості людей, які живуть з наслідками травм¹⁸. Для розвитку та планування відповідної спроможності ФРМ у різних європейських країнах необхідні різні види ресурсів, такі, як людські ресурси та технічні ресурси.

Стосовно людських ресурсів, це, в першу чергу, лікарі ФРМ, вони повинні бути навчені належ-

ним чином (Розділ 9). Кількість лікарів ФРМ в країні має бути достатньою, щоб забезпечити реабілітаційні потреби населення, але не повинна перевищувати цього числа, щоб уникнути надмірного споживання реабілітаційної допомоги. Політики повинні приймати доказово обґрунтовані рішення, що ґрунтуються на правильних даних та прогнозах. Це, очевидно, стосується і інших фахівців реабілітації, що складають реабілітаційні команди (Розділи 3 та 7). Не всі професії ще добре представлені у всіх країнах, і це питання має бути вирішено Європейськими органами на європейському рівні. Лікарі ФРМ відіграють важливу роль у навчальних програмах фахівців реабілітації, таких як, наприклад, фізичні терапевти або ерготерапевти.

Технічні ресурси включають заклади, обладнання та реабілітаційні технології, залежно від виду стану здоров'я та специфічних реабілітаційних цілей пацієнтів.

Способи надання фінансових ресурсів для реабілітаційних послуг, відрізняються в різних європейських країнах (Розділ 2). У більшості європейських країн інтервенції фізичної та реабілітаційної медицини покриваються державним страховим пакетом, особливо для спеціалізованої гострої реабілітації, часто доповнюється додатком з кишені пацієнта, який зазвичай є більшим при хронічній та довготривалій допомозі. Отже, розподіл ресурсів на діяльність фізичної та реабілітаційної медицини в більшості випадків визначається політиками охорони здоров'я. Адекватний збір даних, а також дослідження ефективності реабілітаційних інтервенцій, є надзвичайно важливим для того, щоб допомогти політикам та адміністраторам прийняти справедливі та доказово обґрунтовані бюджетні рішення. Дослідження, що, ймовірно, покращить клінічну практику, передбачають наявність критичної маси дослідників, що працюють, як команди, у сприятливих середовищах. На жаль, в реабілітаційній медицині існує надто мало дослідницької спроможності такого роду, щоб забезпечити надійне майбутнє для цієї сфери. Тож в сфері реабілітаційної науки важливим є розвиток спроможності¹⁹.

Вирішення на макро-рівні, як розподіляти ресурси для реабілітації порівняльно з іншими сферами охорони здоров'я – головним чином лікуванням та (первинною) профілактикою – і як розподіляти ресурси між різними областями реабілітації – реабілітація при ампутаціях, реабілітація при інсульті, реабілітація при патології серця, реабілітація при спинномозкових травмах, та інше – вимагає аргументованого процесу. Є більш ніж один спосіб визначення, що є справедливим, *напр.* відповідно до тяжкості стану здоров'я (де чим більш серй-

озні проблеми зі здоров'ям у популяції, тим більше вона заслуговує на це), порівняно з перспективами успіху (охорони здоров'я). В основі таких різних способів визначення справедливості лежать різні цінності, *напр.* потреба, що лежить в основі «тяжкості», ґрунтується на теорії справедливості благополуччя, тоді як результат, що лежить в основі «успіху», має на увазі утилітарну теорію справедливості (визнаючи, що обидві підходи не є взаємовиключними або вичерпними). Рішення цієї та інших подібних проблем розподілу ресурсів, пов'язаних з реабілітацією, може вимагати розробки політики, яка дуже пов'язана з формальними громадськими дискусіями, що ґрунтують етику на політичних реаліях в широкому сенсі²⁰.

На мезо- і мікро-рівні відбір пацієнтів, які повинні бути прийняті реабілітаційними службами, повинен здійснюватися лікарем ФРМ. Оскільки в багатьох центрах попит на надходження перевищує кількість доступних ліжок, важкі рішення приймаються щодня. Лікарі ФРМ часто змушені грати роль воротаря реабілітаційного центру. Якщо потреби пацієнтів перевищують наявні ресурси, необхідно прийняти рішення щодо розподілу ресурсів. Лікар ФРМ повинен намагатися досягти балансу між милосердям та справедливістю²¹.

Клінічне управління та компетентності у фізичній та реабілітаційній медицині

Фізична та реабілітаційна медицина – це медична спеціальність, яка зосереджується на успішному менеджменті, з точки зору перспектив індивідууму, змін та втрат. ФРМ є найбільш відмінною, коли вона навчає і розповсюджує спосіб мислення, який надає пацієнтам та клініцистам можливість керувати ситуаціями, пов'язаними з обмеженнями життєдіяльності, а ні фокусується на лікуванні основного стану²². Лікарі ФРМ є найбільш ефективними та необхідними для управління більш складними станами та станами, що призводять до обмежень життєдіяльності. У такому контексті лікарем ФРМ буде виконуватись кілька ролей, включаючи роль громадського здоров'я, яка спрямована на маргіналізацію та знесення від середовищних або соціальних структур, та встановлює реабілітацію, як ключову частину всіх медичних втручань. Люди з обмеженнями життєдіяльності та станами здоров'я, які можуть призвести от цих обмежень, мають особливий ризик низької якості медичної допомоги²³.

Клінічне управління

Клінічне управління є прозорим та підзвітним процесом, який ретельно вивчає ефективність як

індивідууму, так й служби, для запобігання або виправлення проблем, перш ніж пацієнти зазнають травм або персонал буде покараним. Це має підвищити якість допомоги, орієнтованої на особу, та демонструвати уповноваженим, менеджерам та пацієнтам, що служба відповідає прийнятним стандартам²⁴. це залежить від:

- впровадження національних та міжнародних стандартів та настанов;
- розробок, проведення та розповсюдження аудитів, що проводяться за такими стандартами, впровадження рекомендацій та наступних повторних аудитів (Ревізійний цикл);
- візитів до закладів для впевнення, що потреби вразливих людей, які отримують реабілітаційні послуги, є задоволеними (Табл. II);
- збирання національно узгоджених показників ефективності реабілітаційних послуг в таких закладах (Табл. II). Більш великі заклади можуть потребувати індивідуальної акредитації міжнародними органами, такими як Комітет клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС або CARF;
- підтримки регулярної оцінки ефективності та потреб у розвитку лікарів ФРМ (Табл. III);
- експертної оцінки. Ефективність лікаря ФРМ не може бути відокремлена від ефективності реабілітаційної команди. Мульти-професійний візит, який виконується лікарем ФРМ, медичною сестрою, менеджером та терапевтами, може оцінити функціонування як цілої команди чи служби, так і лікарів ФРМ всередині;
- зворотного зв'язку від пацієнта та родини. ФРМ має бути дисципліною з високою персоні-центричністю, з належною увагою до захоплення життєвого досвіду як пацієнтів, так і родин.

Лікарі ФРМ працюють у відносній медичній ізоляції в деяких країнах і повинні братися за широкий спектр складних медичних станів. Механізми управління повинні забезпечувати, щоб старші клініцисти регулярно контактували з іншими лікарями ФРМ, а також інтегрувалися до та отримували підтримку колег інших спеціальностей²⁵, тож їм не потрібно практикувати за межами свого спеціалізованого досвіду.

Для досягнення цього рекомендується, щоб кожна служба визначила провідного клініциста, який несе особливу відповідальність за управління. Цей клініцист повинен:

1. визначати відповідні настанови та стандарти;
2. організовувати та очолювати регулярні локальні та регіональні управлінські збори та сприяти контактам з пов'язаними спеціальностями;
3. описувати управлінську активність відповідним органам та звітувати про несприятливі інциденти

Таблиця II – Оцінка лікарів фізичної та реабілітаційної медицини

Відповідні навички та поведінка
1. Комунікаційні та міжособистісні навички.
2. Повага, ввічливість і співчуття до персоналу, пацієнтів та родин.
3. Ефективне управління стаціонаром фізичної та реабілітаційної медицини.
4. Ефективна практика фізичної та реабілітаційної медицини в клініці та в громаді.
5. Процедурні навички та призначення.
6. Розвиток команди.
7. Розвиток установи.
8. Адекватна реакція та навчання від скарг та несприятливих інцидентів.
9. Участь у безперервному професійному розвитку, клінічному управлінні та поліпшенні якості.
10. Участь у мульти-професійному навчанні та дослідженнях.
Відповідні методи документування та оцінювання
1. Самооцінка та індивідуальна рефлексія.
2. Звітування про послуги: діяльність та результати.
3. Зворотний зв'язок для багатьох джерел.
4. Аудиторські звіти, анонімні клінічні листи та виписні епікризи.
5. Задоволення пацієнта.
6. Звітування про побічні дії.
7. Скарги та похвали.
8. Протоколювання освіти.
9. Протоколювання навчання та зворотного зв'язку.
10. Грантові заявки, результати досліджень та публікації.
11. Мульти-професійна експертна оцінка.
12. План персонального розвитку.

ти та скарги разом із пропонуванням плану вирішення прийнятих труднощів;

4. сприяти поліпшенню якості всієї служби. Це можливо лише за наявності спільної структури управління та бюджету. Служби повинні уникати членів команди, які працюють у різних установах та мають декілька лінійних керівників.

ФРМ залежить від застосування множинних навичок в індивідуальному та узгодженому порядку для вирішення складних та індивідуальних проблем. Таким чином, вона залежить від її успіхів у налагодженні комунікації та взаємодії в реабілітаційній команді та впевненої довіри пацієнта в спеціфічному досвіді тих, хто відповідає за втручання.

Компетентності та структури клінічного управління, описані в цьому розділі, мають певним чином забезпечити, щоб ця довіра не була недоречною.

Різні фази процесу фізичної та реабілітаційної медицини

Фазова модель процесу ФРМ включає фази протягом континууму допомоги. Ці різні фази процесу ФРМ залежать від часових аспектів стану здоров'я: вроджені або набуті, і якщо вони набуті, чи є вони гострими, або прогресуючими чи дегенеративними.

Під час зростання використовується термін “абілітація”. Абілітація – це процес, спрямований на допомогу особі з обмеженнями життєдіяльності в досягненні, збереженні або вдосконаленні навичок і функціонування для повсякденного життя

(Rehabilitation International: <http://www.riglobal.org/projects/habilitation-rehabilitation/>)²⁵. Цей термін впливає з високої адаптивності та зв'язку всіх функцій організму під час росту, і включає: найкращий можливий залишковий розвиток порушеної функції, набуття нових (компенсаторних) навичок та уникнення впливу на нормальний розвиток функцій, які безпосередньо не постраждали. Абілітація у дітей з (вродженим або рано набутим) порушенням або обмеженнями життєдіяльності складається з безперервного процесу, з більш інтенсивними фазами відповідно до етапів розвитку. Ці послуги часто надаються в Службах розвитку дитини.

При гострому набутті стану здоров'я, фази ФРМ традиційно поділяються на гостру, підгостру та довготривалу фази. Зовсім недавно також була розроблена “преабілітація” як стратегія ФРМ. Вона складається з навчальної програми та доопераційного фізичного та/або психологічного кондиціонування, що підвищує функціональні та психічні здатності, спрямовані на поліпшення післяопераційних функціональних результатів. Література, переважно в галузі ортопедичної чи онкологічної хірургії, надає ранні докази про те, що преабілітація може зменшити тривалість перебування і, можливо, забезпечити післяопераційні фізичні переваги²⁶.

ФРМ в гострих закладах

Гостра або рання фізична та реабілітаційна медицина складається з програми спеціалізованої медичної реабілітації під час надходження до го-

строї лікарні після травми або хвороби, або в результаті комплексного медичного лікування або його ускладнень. Це також може застосовуватися до гострої події в особи з існуючим обмеженням життєдіяльності (*напр.* раптовий рецидив множинного склерозу, але також перелом стегна у післяінсультного пацієнта, або важка інфекція у пацієнта зі *spina bifida*). Реабілітаційні заходи підлягають клінічній відповідальності лікаря ФРМ, включаючи внесок мульти-професійної реабілітаційної команди, а також інших відповідних медичних та хірургічних спеціальностей, починаючи з епізоду інтенсивної терапії. Це широко описується Ward, а клінічна діяльність деталізована Stam^{25,27}. Гостра реабілітація спрямована на запобігання ускладнень іммобілізації (*напр.* саркопенія, ортостатична дисфункція, контрактури, тромбоз) та вторинних станів (*напр.* нейрогенний сечовий міхур та кишківник, гетеротопічна осифікація або спастичність) та поліпшення функцій та активності (*напр.* мобільність, координація, активності повсякденного життя). Акцент реабілітаційного втручання також включає менеджмент болю, інформування та навчання пацієнтів та їх родин, навчання персоналу підрозділів гострої допомоги, прогнозування та розробка плану реабілітації для забезпечення сортування для подальших реабілітаційних програм. Отже, роль лікаря ФРМ у гострій реабілітації полягає в оцінюванні та моніторингу стану здоров'я пацієнтів (*напр.* дихання, ковтання, рухові функції або функції вегетативної нервової системи, функції серцево-судинні, сечового міхура та кишківника, розлади ковтання), застосовуючи фармацевтичні і фізичні види лікування та координацію мульти-професійної реабілітаційної команди²⁵. Це потребує високого рівня підготовки в гострих медичних станах та інтенсивної терапії та повинно проводитися у тісній співпраці з іншими медичними спеціалістами. Командна робота з регулярними консультаціями та зборами команди має вирішальне значення для успішної допомоги в гострій реабілітації^{25,28}. У багатьох європейських країнах, таких, як Німеччина, керівництво гострих реабілітаційних команд лікарем ФРМ є обов'язковим за правилами охорони здоров'я²⁹.

Гостра реабілітація може бути надана кількома способами, які також можна об'єднати залежно від розміру та контексту лікарні:

- Переведення пацієнтів до ліжок ФРМ або до блоку ФРМ у лікарні, що надає гостру допомогу (блок гострої реабілітації чи БГР);
- Відділення ФРМ з мобільним відвідуванням командами ФРМ під відповідальністю лікаря ФРМ (команда гострої реабілітації або КГР),

при тому, що пацієнт залишається на ліжку спеціаліста, який скерував до ФРМ. Діагностичні процедури та втручання ФРМ можуть проводитися у відділенні ФРМ або у палаті, залежно від загального та медичного стану пацієнта;

- Мобільне відвідування командою ФРМ під відповідальністю лікаря ФРМ, пацієнт залишається на ліжку спеціаліста, який скерував до ФРМ (команда гострої реабілітації або КГР);
- Щоденні візити до палат гострої допомоги лікарів ФРМ з окремого закладу ФРМ (*ред. якій не входить до складу даної лікарні*);
- Гострі підрозділи в центрах ФРМ або реабілітаційних лікарнях, здатні лікувати пацієнтів з необхідністю постійного гострого медичного лікування, для уможливлення надходження пацієнтів дуже рано для початку програм ФРМ;
- В університетських лікарнях та великих лікарнях гострої допомоги блок або відділення ФРМ має бути присутнім для забезпечення реабілітації в гострій фазі.

Створення гострих та ранніх програм ФРМ прискорює темп відновлення незалежності та призводить до більш ранньої виписки. Більш того, вони зменшують ускладнення та біль, оптимізують функціонування, виявляють когнітивні та емоційні проблеми при черепно-мозкових травмах за відсутності фізичних порушень та покращують можливості самостійного життя та повернення до роботи.

Зростає тенденція до “ранньої гострої реабілітації”. Недавні дослідження, що оцінюють раннє впровадження реабілітації в блоці інтенсивної терапії (БІТ), продемонстрували покращення фізичних функцій та якості життя, а також повторних надходжень до лікарні, інституціоналізації та смертності, а також зменшення тривалості штучної вентиляції легень та тривалості перебування в БІТ та лікарні (ТП)³⁰. Економія коштів або нейтральні витрати можуть бути досягнуті за допомогою програм ранньої реабілітації у блоках інтенсивної терапії (БІТ). Читач скеровується до Bailey et al.³¹ щодо стратегії відбору хороших кандидатів на ранню реабілітацію для боротьби з супутніми захворюваннями, здобутими у БІТ. У академічних центрах третинного рівня гострі ліжка або блоки ФРМ іноді організуються поблизу або біля БІТ^{32,33}.

Фізична та реабілітаційна медицина у підгострих закладах

Пацієнти із (потенційним) залишковим обмеженням життєдіяльності після гострого захворювання або травми та/або залишкових потребах і

цілях реабілітації будуть скеровані для подальших інтервенцій ФРМ після гострої фази до підгострої допомоги ФРМ. Це може бути стаціонарний заклад реабілітації або амбулаторний підрозділ у відділенні ФРМ³⁴. Пацієнти потрапляють до програми ціль-спрямованої мульти-професійної реабілітації під відповідальністю лікаря ФРМ. Послуги ФРМ повинні плануватись та надаватись через скоординовані мережі (“хаб і спиці”), для охоплення цілого континууму допомоги, засновуючись на процесі сортування. Пацієнту повинен бути призначений відповідний рівень реабілітаційної допомоги, виходячи з результатів сортувального оцінювання за допомогою системи класифікації пацієнтів (Малюнок 1). Ці рівні залежать від складності потреб і цілей реабілітації, а також від захворюваності/поширеності стану здоров'я: загальний або первинний, спеціалізований або вторинний та високоспеціалізований або третинний рівень^{35,36}. Після сортування буде визначена програма реабілітації, ґрунтована на оцінюванні, а потім будуть здійснюватися втручання. Для визначення нових цілей, які мають бути досягнуті в рамках або однієї послуги або на іншому рівні допомоги, якщо це доречно, має бути проведена регулярна оцінка. Цей процес, який повторюється, також називається реабілітаційним циклом (див. Розділ 7). Пацієнти можуть надходити для підгострої допомоги якщо:

- 1) вони є достатньо медично стабільними і придатними для активної участі в програмі ФРМ,
- 2) їм може допомогти мульти-професійний підхід,
- 3) присутні визначені цілі, мотивація та достатній потенціал для навчання.

Лікар ФРМ буде уточнювати діагноз, повідомляти пацієнта, родину та доглядачів щодо прогнозу та керувати командою та службою з усіх аспектів. Підгострі заклади будуть надавати допомогу переважно пацієнтам зі станами з рап-

товим початком. Однак протягом фаз із зміною потреб це може бути корисним для пацієнтів з періодичними, прогресуючими або стабільними станами.

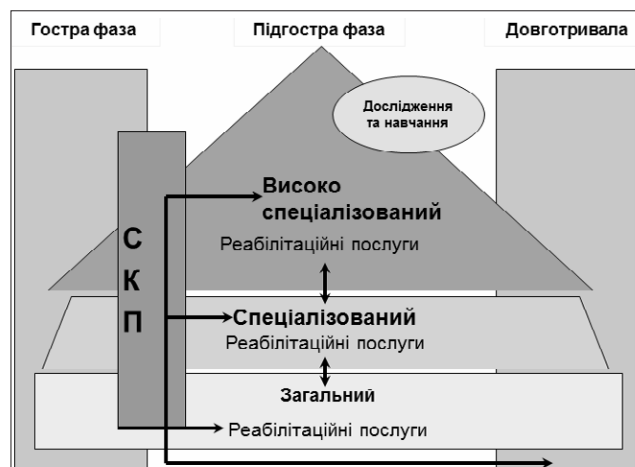
Протягом підгострих реабілітаційних послуг лікар ФРМ буде дбати про комплексний процес реабілітації³⁴. Це включає продовження лікування основного стану здоров'я та/або наслідків операції або інших інвазивних втручань, а також тренування функцій організму та активностей. Протягом підгострої фази, планування та підготовка до реінтеграції в суспільство все більше і більше пересувається на передній план. Це включає самостійне життя, працевлаштування, освіту та інші сфери участі. Це також означає роботу з родинами, соціальними службами та роботодавцями, а також навчання та освіту пацієнта.

Фізична та реабілітаційна медицина у довготривалих закладах

Після періоду підгострої допомоги, незалежно від стаціонарного чи амбулаторного базування, деякі пацієнти можуть потребувати довготривалої допомоги. Довготривала реабілітація – це допомога, що надається протягом довготривалого періоду часу особам, які зазнають довготривалого обмеження життєдіяльності або труднощів у функціонуванні. Довготривала допомога також може бути пов'язана з хронічним захворюванням³⁷. Довготривалі реабілітаційні послуги можуть надаватись у формі переривчастої стаціонарної допомоги або безперервної амбулаторної/в громаді / домашньої реабілітації.

При довготривалій допомозі ФРМ може надавати багато важливих реабілітаційних послуг. Спектр поширюється від безперервного моніторингу функціонування та обмежень життєдіяльності, довготривалої медикаментозної терапії, призначення втручань (*напр.* фізична терапія, ерготерапія, терапія мови та мовлення або (нейропсихологія) або надання допоміжних пристроїв). Лікарі ФРМ також навчені давати поради пацієнтам, родинам та доглядачам, а також роботодавцям та іншим суспільним інституціям. ФРМ повинна брати участь у програмах реабілітації, що надається в громаді, *напр.* як консультант та/або тренер працівників реабілітації, що надається в громаді. Лікарі ФРМ можуть підтримувати лікарів загальної практики та інших медичних спеціалістів шляхом консультацій та/або координації реабілітаційних мереж. Це особливо важливо для різних захворювань або обмежень життєдіяльності відповідно.

У довготривалій фазі допомоги ФРМ особливий акцент зосереджений на заходах підтримки та



Малюнок 1. Стратифікована модель реабілітації⁹³
СКП: система класифікації пацієнтів

вторинної профілактики, але це буде додатково пояснено в наступних розділах.

Наступний клінічний випадок наводить приклад пацієнта впродовж різних фаз процесу ФРМ:

Клінічний випадок пацієнта з втратою кінцівок

55-річний чоловік страждає хронічним остеомиєлітом і відкритими ранами лівої п'ятки, після аварії на автомобілі п'ять років тому. Були проведені неодноразові хірургічні та медичні втручання, але не відбулося загоєння, та якість його життя серйозно порушилася. За 3 роки він перестав працювати техніком. Він був скерований до лікаря ФРМ для консультування щодо можливої ампутації. Після мультидисциплінарного оцінювання рекомендована транстибіальна ампутація, і пацієнт потрапляє до програми преабілітації, яка включає рекондиціонування, збільшення сили правої нижньої та обох верхніх кінцівок, ходіння з милиціями та навчальну програму. Через два місяці проведена ампутація, після чого відбувається негайна післяопераційна реабілітація без протезування ("гостра реабілітація"). Після виписки відбувається підгострі спостереження, а за два місяці здійснюється 4-х тижнева стаціонарна реабілітаційна програма після підбору протезу ("підгостра реабілітація"). За два місяці після оцінювання пацієнт може керувати своєю машиною та повернутися до роботи. На довготривалій основі організується проведення щорічних спостережень для калібрування та поновлення протезу ("довготривала фаза").

Висновки

Залежно від типу стану здоров'я та потреб функціонування, процес ФРМ включатиме різні фази. Регулярне переоцінювання та сортування з скеруванням пацієнта до відповідного рівня та закладу реабілітаційної допомоги є обов'язковим. Тому реабілітаційні послуги повинні бути стратифіковані та організовані в мережі для забезпечення найкращої допомоги, адаптованої до потреб та цілей особи, протягом континууму допомоги.

Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я у фізичній та реабілітаційній медицині

У літературі терміни «профілактика», «підтримка здоров'я» та «зміцнення здоров'я» часто використовуються взаємозамінно, а пов'язані з цим дії суттєво перекриваються (*напр.* фізична активність або здорова їжа). Тому вони розглядаються в одному розділі. Немає чіткого консенсусу щодо відповідних визначень. Після загального

введення для визначення різниці термінів, різні теми будуть розглядатися з точки зору ФРМ.

Здоров'я можна розглядати, як континуум з нейтральним здоров'ям всередині, негативним здоров'ям (хворобою) ліворуч та позитивним здоров'ям (благополуччя) праворуч, і відповідно відноситься до кожної з цих трьох концепцій³⁸.

Профілактика хвороб включає дії, що спрямовані на зменшення або усунення ризиків, що можуть збільшити шанси людини або групи зазнати хворобу, обмеження життєдіяльності або передчасну смерть. Первинна профілактика відноситься до заходів, спрямованих на запобігання або усунення причини проблеми здоров'я у особи або популяції перед її виникненням³. Вторинна профілактика включає заходи для виявлення проблеми здоров'я на ранній стадії у людини або популяції, сприяючи лікуванню, зменшенню чи запобіганню поширення, або зменшенню чи запобіганню її довготривалим наслідкам³. Третинна профілактика спрямована на зменшення впливу захворювання, яке вже почалося, шляхом відновлення функції та зменшення ускладнень, що пов'язані із захворюванням³.

Підтримка здоров'я відноситься до підтримки рівня стабільного стану здоров'я та максимальної функції, *напр.* шляхом скринінгу, поваги до здорового способу життя та піклування про психосоціальні та духовні проблеми³⁹.

Коли є присутньою стабільність здоров'я, поліпшення здоров'я та благополуччя може бути досягнуто шляхом зміцнення здоров'я: розвиток поведінки, що поліпшує функціонування організму та покращує здатність людини адаптуватися до середовища, яке змінюється. Зміцнення здоров'я визначається ВООЗ як процес, що дозволяє людям збільшувати контроль над своїм здоров'ям та його детермінантами, а отже, і поліпшити своє здоров'я⁴⁰. Таким чином, зміцнення здоров'я допомагає людям рухатися вгору по континууму здоров'я.

Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я, пов'язані з фізичною та реабілітаційною медициною

Робота лікарів ФРМ зосереджується серед інших питань на стратегії, спрямованої на уможливлення людей з хронічними захворюваннями та довготривалими або вже існуючими обмеженнями життєдіяльності, досягти максимально можливого високого рівня здоров'я та якості життя через зусилля щодо зміцнення здоров'я та стратегій профілактики та підтримки. Заходи щодо зміцнення здоров'я, спрямовані на осіб з обмеженнями життєдіяльності, можуть мати суттєвий вплив на по-

кращення традицій способу життя, підвищення якості життя та зниження медичних витрат⁴¹.

Підтримка або поліпшення здоров'я може бути складнішою для осіб з обмеженнями життєдіяльності, оскільки вони мають підвищений ризик виникнення низки фізичних, психологічних, соціальних та емоційних проблем, які згадуються в опублікованій літературі, як вторинні стани. Ці стани, як видається, мають глибокий негативний вплив на здоров'я та функцію людей з обмеженнями життєдіяльності, і в сукупності потенційно можуть суттєво обмежити участь у загальній активності⁴².

Запобігання або управління вторинними станами, факторами ризику та вплив на змінні, що пов'язані з одним або двома факторами, є важливим пріоритетом³. Декілька перехресних досліджень повідомляли про наявність в середньому від 4 до 13 вторинних станів у людей з фізичними та когнітивними обмеженнями життєдіяльності⁴³⁻⁴⁵. Незважаючи на те, що багато з цих станів (*напр.* біль, слабкість, збільшення маси тіла, депресія) також зустрічаються у осіб без обмежень життєдіяльності, обставинами, які роблять їх унікальними для осіб з обмеженнями життєдіяльності та станами здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, є те, що вони зустрічаються із значно більшою частотою як у дітей, так і у дорослих з обмеженнями життєдіяльності. Ця більш висока частота є одним із критеріїв, який використовується при визначенні стану, як вторинного стану⁴⁶.

Алгоритм прийняття рішень щодо менеджменту вторинних станів починається з ідентифікації та керування факторами ризику (*напр.* первинного стану, що формує передумови у індивіда до вторинного стану) і продовжується з наступним менеджментом (*напр.* через втручання) вторинного стану⁴⁶. Він охоплює початок і перебіг вторинних станів (незмінні попередні дані та фактори ризику, що модифікуються) та визначає результати, пов'язані з вторинними станами, на рівнях особи та суспільства.

Незмінними попередніми даними є соціально-демографічні фактори, наявні раніше стани, фактори, пов'язані з обмеженнями життєдіяльності та асоційовані стани.

Фактори ризику, що модифікуються, поділяються на особисті фактори та фактори середовища. Особисті фактори ризику включають поведінку, таку, як зловживання або невживання, знижену або відсутню фізичну активність, погану дієту, погане використання ліків, недостатню участь у реабілітації та збільшення використання речовин (*напр.* тютюну, алкоголю, призначених ліків та заборонених наркотиків). Фактори середовища включають зменшену чи низькоякісну допомогу в сфері охорони здоров'я, зменшення доступу до побудова-

ного середовища, поганий доступ до зміцнення здоров'я (*напр.* відсутність транспортування до програм зміцнення здоров'я у громадах), а також обмежену або відсутню соціальну підтримку.

Крім того, необхідно враховувати соціальні та екологічні бар'єри, які заважають дорослим з обмеженнями життєдіяльності приймати більш здоровий спосіб життя та поліпшення здоров'я⁴⁷.

Профілактика захворювань у фізичній та реабілітаційній медицині

Як згадувалося вище, профілактика захворювань класифікується як первинна, вторинна або третинна.

Медична реабілітація традиційно розглядається як стратегія третинної профілактики⁴⁸, але лікарі ФРМ можуть бути залучені до профілактики захворювань або травм на всіх рівнях.

Лікар ФРМ відіграє важливу роль при первинній профілактиці за допомогою різних стимулів у сфері ФРМ (*напр.* фізична терапія або фізичні вправи), що може значно покращити механізми регулювання практично всіх систем органів. Перевага може бути досягнута шляхом затримки або профілактики захворюваності численних хронічних захворювань, *напр.* серцево-судинних, таких як гіпертонія і атеросклероз, метаболічних, *напр.* метаболічний синдром або м'язово-скелетних, *напр.* остеопороз. Фізична активність пов'язана зі зниженням ризиків багатьох видів раку⁴⁹.

Як пропонується в ініціативі "Призначення фізичних вправ для здоров'я" European Federation of Sports Medicine Associations (EFSMA), фізична активність та фізичні вправи повинні бути стандартними компонентами профілактики хвороб та медичного лікування, і закликають надавачів послуг в охороні здоров'я оцінювати та переглядати програми фізичної активності пацієнтів при кожному візиті. Також у Lancet останнім часом було опубліковано заклик щодо розширення інтервенції з фізичної активності по всьому світові, задля сприяння поглибленню більш широких і розумних підходів до руху людей⁵⁰. Додатково до захворюваності та передчасної смертності, фізична не активність є відповідальною за значне економічне навантаження⁵¹.

Фізична та реабілітаційна медицина також відіграє важливу роль у запобіганні поперекового та шийного болю, порушеннях кровообігу та метаболізму, а також у запобіганні скарг, пов'язаних з роботою. Існує широкий спектр профілактичних заходів, що застосовуються лікарями ФРМ, таких, як програми аеробних вправ, тренування м'язів та балансу, школа попереку, програми щодо профілактики при професійній діяльності, освіта та поради щодо здорової поведінки⁵². У людей літнього віку

програма ФРМ також може запобігти падінням та незалежності хворих⁵³. Стосовно дорожньо-транспортних пригод, лікарі ФРМ можуть, наприклад, підтримувати промоцію використання шолома під час їзди на велосипеді.

У осіб з обмеженнями життєдіяльності первинна профілактика включає зусилля, спрямовані на запобігання погіршення порушень, і має включати відповідні спеціальні заходи для усунення факторів ризику хронічних станів⁴⁸.

Вторинна профілактика за допомогою фізичних терапевтичних модальностей є прикладом у випадку регуляторних розладів артеріального тиску, болю у спині або остеопорозу. При гіпертонії функціональна адаптація може призвести до поліпшення регуляторних механізмів, які можуть запобігти, або, принаймні, затримати настання клінічно вираженої гіпертонії. Перша лінія лікування артеріальної гіпертензії – це зміни способу життя, включаючи фізичні вправи. При вторинній профілактиці болю в спині важливу роль може відіграти зміцнення м'язів та вдосконалення моделей рухів. При остеопорозі важливо запобігати деградації кісток навантажувальною дозою фізичної активності⁵⁴. Програми серцевої реабілітації / вторинної профілактики вважаються стандартом допомоги та надають критично важливі ресурси для оптимізації допомоги пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями⁵⁵. Існують переконливі докази для реабілітаційних втручань на підтримку інтенсивного та часто повторюваного, ціль-спрямованого і завдання-специфічного тренування на всіх етапах після інсульту⁵⁶. Втручання в медичній реабілітації, що спрямовані на посилення активності, такі, як надання допоміжних технологій, можуть вважатися вторинною профілактикою⁴⁸.

Для осіб з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, третинна профілактика призначена для зменшення обмежень участі особи в певній області шляхом надання сприятливого чинника або шляхом усунення бар'єру. Модифікації середовища, надання послуг, усунення фізичних бар'єрів, зміни у соціальному ставленні та реформи законодавства та політики є стратегіями третинної профілактики⁴⁸.

Третинна профілактика включає в себе лікування, як тільки хвороба стає симптоматичною, щоб уникнути ускладнень (*напр.* профілактика тромбозу глибоких вен та відповідна мобілізація, щоб уникнути пошкодження шкіри у пацієнтів після інсульту). Третинна профілактика включає тривалі інтервальні зусилля, спрямовані на максимізацію та підтримку функціональних здатностей протягом життя. Таким чином, важливим є довготривалий контакт з особою з обмеженнями життєдіяльності, або станами здоров'я, що призводять

до обмежень життєдіяльності, для забезпечення реабілітації, поки не буде завершено природне відновлення та запобігання подальшого розвитку ускладнень, яких можна уникнути.

Багато тих, що вижили після важких хвороб, зазнають значного фізичного, психологічного та когнітивного дефіциту, особливо у випадку тривалого ліжкового режиму. Нові дослідження підтримують включення програм фізичної активності та рухливості до повсякденних процедур для пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії, як третинної профілактики⁵⁷.

Управління здоров'ям у фізичній та реабілітаційній медицині

Підтримка та забезпечення також є частиною сфери компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини. Це має велике значення для літніх пацієнтів, але також при хронічних станах, таких як хронічний біль, спинно-мозкова травма, ампутації, черепно-мозкова травма та багато інших. Втручання з підтримки є необхідними для запобігання втраті досягнутого функціонального рівня після більш інтенсивної реабілітаційної фази.

Втручання з підтримки в ФРМ спрямовані на підтримку максимальної функції та уникнення ускладнень, які можуть бути передбачуваними та які можливо запобігти при стабільних, хронічних станах, що призводять до обмежень життєдіяльності, та станах з прогресуючим погіршенням. Тому, коли лікарі ФРМ звертаються до поздовжніх потреб допомоги у сфері охорони здоров'я хворих з хронічними обмеженнями життєдіяльності, вони повинні розглядати менеджмент охорони здоров'я, пов'язаний з обмеженнями життєдіяльності та загальні стратегії зміцнення здоров'я, як однаково важливі компоненти допомоги. Для цього вони повинні посилити свою систему компетентностей та враховувати концепції зміцнення здоров'я та зменшення ризику вторинних станів⁵⁸.

Медична реабілітація має декілька особливостей, які співпадають як з первинною медичною допомогою, так і зі зміцненням здоров'я: усі вони підкреслюють освіту та заохочення до самоуправління та відповідальності, розглядають потенційний або фактичний вплив певного фізичного або когнітивного/емоційного стану на різні аспекти здоров'я. Нарешті, всі вони розглядають як підтримку здоров'я, так і попередження хвороб, з тим, щоб покращити та захистити функціональні здатності протягом усього життя⁵⁸.

Як лікарі, що займаються функцією, лікарі ФРМ розуміють небезпеку зниження активності в усіх закладах внаслідок усіх причин; як медичних, так і середовищних. Фактично, часто лікарі ФРМ є єдиними лікарями, які обізнані з підтримки функції

через фізичну активність у співпраці з фізичними терапевтами, науковцями в сфері руху, ерготерапевтами, медичними сестрами, доглядачами та членами сім'ї. Знання про те, як змінити фізичне та соціальне середовище для максимізації функціональних рухів та загального функціонування у своїх пацієнтів, дозволяє лікарям ФРМ покращувати та підтримувати функцію для своїх пацієнтів. Зосередження на активностях повсякденного життя (АПЖ) – це спроба повернути функціональні рухи особі з обмеженнями життєдіяльності, дозволяючи їм підтримувати базовий ступінь фізичної активності, необхідної для автономії та незалежного руху⁴⁶. Заходи з підтримки включають програми, створені лікарем ФРМ, що складаються з заходів та/або механізмів, які допоможуть бенефіціару максимізувати або підтримувати прогрес, досягнутий ним чи нею під час терапії, або запобігти, або сповільнити подальше погіршення внаслідок захворювання чи хвороби у довготривалій перспективі.

Підтримка, а також профілактика захворювань та зміцнення здоров'я повинні бути індивідуально адаптовані до стану здоров'я особи, функціонального рівня та персональних життєвих планів.

Є обширні докази того, що фізична активність знижує ризик неінфекційних захворювань та сприяє здоров'ю⁵⁹.

Термін “адаптивна фізична активність” відноситься до фізичної активності, адаптованої до конкретних потреб кожної особи з обмеженнями життєдіяльності⁶⁰. Реабілітація, заснована на адаптивній фізичній активності, ґрунтується на адаптації різних видів активності, щоб відповідати потребам кожного індивідууму в реабілітаційному закладі.

Фізичне обмеження життєдіяльності та дисфункція внаслідок відсутності фізичної активності та декондиціонування призводять до додаткового/ постійного фізичного обмеження життєдіяльності та дисфункції⁶¹. Зміцнення здоров'я та відповідні освітні зусилля для осіб з обмеженнями життєдіяльності, таким чином, будуть неповними без надання компоненту фізичної підготовки⁵⁸. Такі заходи також включатимуть питання участі, такі як повернення до роботи та підтримку перебування на роботі, або уникнення раннього виходу на пенсію внаслідок проблем зі здоров'ям. Використовувані методи включають терапевтичні вправи, адаптивну фізичну активність і спорт, зміни способу життя, включно з дієтичними та психологічними втручаннями та освіту з питань здоров'я. Особи з хронічними обмеженнями життєдіяльності, які брали участь у інтервенціях, що ґрунтовані на адаптивній фізичній активності, продемонстрували статистично значущі підвищення як фізичного, так і психічного функціонування протягом 12 місяців після втручання⁶².

Регулярні вправи, фізична активність та підтримка високого рівня кардіореспіраторної витривалості вважаються необхідними елементами профілактики та лікування серцево-судинних захворювань та відіграють важливу роль у зниженні ризику ішемічної хвороби серця при первинній та вторинній профілактиці⁶³.

У всьому світові відсутність фізичної активності призводить до 6% ваги хвороби ішемічної хвороби серця⁶⁴. Після програми серцевої реабілітації сидячий спосіб життя негативно впливає на основні фактори ризику⁶⁵. Здатність до фізичного навантаження є найсильнішим предиктором смертності в порівнянні з іншими факторами ризику⁶⁶. Підтримка фізичними вправами – один з факторів, що поліпшують якість життя та рівень фізичної активності⁶⁷. Хоча етап підтримки (фаза 2) кардіолегеневої реабілітації є найважливішою частиною програми, на нього часто звертають мінімальну увагу. Успіхи програми 2-ї фази можуть бути втрачені за незначний час, такий, як кілька тижнів, якщо пацієнт перестає здійснювати заняття. Через це необхідно підкреслити важливість виконання вправ, як частини нових звичок пацієнта у сфері здоров'я, і пацієнт повинен інтегрувати вправи, як частину здорового способу життя⁴⁸.

У багатьох європейських центрах пропонується значно триваліший курс початкової легеневої реабілітації (*напр.* шість місяців), але відсутні докази того, що це приносить більшу користь і зберігає виконання⁶⁸. У легеневої реабілітації (ЛР) також рекомендується продовження фізичної активності за межами контрольованого компоненту ЛР, оскільки існують докази того, що програми підтримки є вигідними в збереженні успіхів легеневої реабілітації⁶⁹.

Бар'єри щодо участі в програмах підтримки з фізичними вправами, які необхідно долати – це страх, відсутність мотивації, фінансові та транспортні аспекти, фактори середовища, такі як соціальна ізоляція та зміни фізичного здоров'я. Фахівці реабілітації та соціальної підтримки можуть зробити реабілітацію більш довготривалою та сприяти людям з хронічними обструктивними захворюваннями легень, брати участь у активності шляхом їх мотивації та заохочення, зменшуючи їх страхи та посилюючи переваги участі в активності⁷⁰. Ці вправи, фітнес та спортивна активність рідко відшкодовуються, що збільшує поріг для осіб з обмеженнями життєдіяльності або хронічними захворюваннями, які часто мають обмежений прибуток.

Зараз пріоритетом є ефективна підтримка людей, що пережили інсульт, з метою їх участі у фізичній активності після інсульту. Участь у вправах середньої та високої інтенсивності знижує

ризик виникнення повторного ішемічного або геморагічного інсульту^{71,72}, покращує швидкість руху, функціональну мобільність⁷³⁻⁷⁵, м'язову силу та щільність кісткової тканини⁷⁶ і позитивно впливає на якість життя^{77,78}. Кардіореспіраторне тренування та, меншою мірою, змішане тренування знижують обмеження життєдіяльності під час або після традиційної допомоги при інсульті; це може бути опосередковане поліпшенням мобільності та рівноваги. Є достатній обсяг доказів для інтеграції кардіореспіраторного та змішаного тренування, включно з ходьбою, до програм післяінсультної реабілітації для підвищення швидкості та толерантності до ходьби; також може відбуватися певне поліпшення рівноваги⁷⁹. Проте інсульт призводить до складних обмежень життєдіяльності, що ускладнює участь у фізичній активності, посилює серцево-судинне декондиціонування⁸⁰, що, у свою чергу, негативно впливає на благополуччя, обмеження життєдіяльності та функціональну незалежність⁸¹ та підвищує ризик повторного інсульту⁸². Тому розуміння найкращої підтримки участі тих, хто пережили інсульт, у регулярній фізичній активності є життєво важливим для їхнього здоров'я та благополуччя.

Для покращення фізичної підготовки у людей з спинномозковими травмами рекомендуються наступні доказові настанови щодо фізичної активності: для важливих успіхів у фітнесі дорослі з СМТ повинні займатися (а) принаймні 20 хвилин двічі на тиждень аеробною активністю середньої або сильної інтенсивності і (б) тренуванням сили двічі на тиждень, що складається з трьох наборів по 8-10 повторень кожної вправи для кожної великої групи м'язів⁸³.

У деяких європейських країнах (*напр.* у Австрії, Німеччині, Італії, Польщі) реабілітація в стаціонарі або денних стаціонарах відіграє важливу роль у менеджменті більшості хронічних станів, *напр.* хронічних м'язово-скелетних та нервово-м'язових розладах, хронічних судинних, дихальних та метаболічних захворюваннях, а також захворюваннях шкіри, урологічних та гінекологічних станах. Періодичні сплески інтенсивної реабілітації також можуть бути використані для боротьби зі зниженням функції навіть через кілька років після гострої події⁸⁴.

Глобальне зміцнення здоров'я в фізичній та реабілітаційній медицині

Внесок лікарів ФРМ у «глобальне зміцнення здоров'я» повинен бути описаний з посиланням на концептуальну перспективу та цілі «Глобального Плану дій з обмежень життєдіяльності 2014-2021»⁴. Лікарі ФРМ можуть відігравати певну роль у забезпеченні досягнення трьох головних цілей

Плану дій, а саме: усунення бар'єрів для послуг та програм з охорони здоров'я; зміцнення та розширення реабілітації, абілітації та інших підтримуючих технологій та послуг; посилення збору даних та підтримування досліджень обмежень життєдіяльності та пов'язаних послуг⁸⁵.

План визнає Обмеження життєдіяльності, як «глобальне питання охорони здоров'я», а Реабілітацію – як ефективний захід зменшення соціального впливу широкого кола станів, що призводять до обмежень життєдіяльності, тим самим роблячи висновок, що реабілітація повинна бути включена в концепцію універсального покриття охороною здоров'я.

Соціальні та клініко-епідеміологічні тенденції, такі, як старіння населення, збільшення поширеності хронічних станів, що призводять до функціональних обмежень, підвищення рівня виживання при багатьох різних станах, а також підвищення обізнаності громадськості щодо цінності соціальної участі, вимагають збільшення ролі реабілітації в охороні здоров'я. В рамках загальної реабілітації, ФРМ є медичною спеціальністю, яка, відносно до багатьох інших клінічних дисциплін, може зробити важливий внесок у загальне зміцнення здоров'я людей з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, та хронічними захворюваннями.

Лікарі ФРМ працюють на клінічному рівні (з метою підвищення здатності осіб взаємодіяти з середовищем) та на рівні середовища (з метою забезпечення оптимального середовища для реалізації таких здатностей).

Позитивний вплив спеціальності ФРМ на глобальне зміцнення здоров'я можливо визначити стосовно:

- збільшення загального рівня здоров'я, функціонування, благополуччя та соціальної участі осіб з хронічними захворюваннями, або обмеженнями життєдіяльності, або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, на популяційному рівні (*напр.* на рівні регіону, країни або у всьому світові);
- зменшення тягаря хвороб та обмежень життєдіяльності на соціальному рівні, тобто пом'якшення впливу станів, що призводять до обмежень життєдіяльності на родини, системи охорони здоров'я та соціальні послуги;
- внеску у визнання цінності та гідності відмінностей між людськими істотами, тим самим пропагуючи розвиток ставлення до соціальної інклюзії у громаді.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)⁸⁶ є широко розповсюдженою та визаною довідковою

концептуальною моделлю фізичної та реабілітаційної медицини і може слугувати референтною моделлю глобального зміцнення здоров'я. Відповідним аспектом моделі МКФ є акцент на «компоненті здоров'я», а не на «наслідку захворювань», тим самим підкреслюючи концепцію континууму станів здоров'я, протилежно до дуалізму між здоров'ям та хворобами. Інший аспект полягає в тому, що МКФ явно спрямована на операціоналізації біопсихо-соціальної моделі, яка широко прийнята в ФРМ.

Стратегії, за допомогою яких спеціальність ФРМ може сприяти глобальному зміцненню здоров'я, базуються на:

- взаємовідносинах з широким колом фахівців охорони здоров'я не лише в сфері реабілітації, але й в інших дисциплінах. З цієї точки зору, взаємозв'язки із лікарями загальної практики та іншими фахівцями первинної медичної допомоги, здається, відіграють вирішальну роль;
- взаємовідносинах та співпраці з низкою фахівців та послуг у сферах соціального захисту, добробуту та послуг в громаді, праці, освіти тощо;
- взаємовідносинах та співпраці з громадами, волонтерськими організаціями, асоціаціями осіб з обмеженнями життєдіяльності, або іншими споживачами, родинами тощо;
- співпраці з багатьма професійними та непрофесійними організаціями у заохоченні міждисциплінарного та міжпрофесійного підходу до надання реабілітаційних послуг.

Діями, за допомогою яких ФРМ можуть робити внесок до глобального зміцнення здоров'я, є:

- сприяння доступу осіб з обмеженнями життєдіяльності або зі станами здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, до послуг і програм в сфері охорони здоров'я;
- просвіта фахівців сфери охорони здоров'я щодо обмежень життєдіяльності та впливу станів здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, на медичні аспекти та навпаки;
- підвищення рівня обізнаності закладів, фахівців та громадськості в широкому сенсі з тематики обмежень життєдіяльності та участі;
- пропагування здорового способу життя осіб з обмеженнями життєдіяльності. Зокрема, ФРМ залучена до заходів сприяння заохочення до регулярної фізичної активності;
- просування визнання “функціонування”, як відповідної клінічної риси, в деяких сферах охорони здоров'я, включаючи первинну медичну допомогу та заклади гострої медичної допомоги;
- промотування широкого включення функціонального оцінювання в системах охорони здоров'я та прийняття спільної мови для опису функ-

ціонування (*напр.* шляхом сприяння розробці простих, інтуїтивно зрозумілих інструментів оцінювання на основі таксономії МКФ⁸⁷⁻⁸⁹;

- співпраця з фахівцями первинної допомоги (лікарями загальної практики та іншими фахівцями) задля розширення первинних реабілітаційних послуг та формування зв'язків первинних послуг із вторинними та третинними реабілітаційними центрами та закладами, сприяючи, таким чином, розвитку інтегрованих мереж реабілітаційних послуг на місцевому, регіональному та національному рівнях;
- співпраця у просуванні реабілітації, що надається в громаді та поєднанні цієї сфери втручання з більш спеціалізованими рівнями реабілітації;
- підвищення обізнаності та покращення доступу та ставлення закладів та фахівців охорони здоров'я до профілактичних скринінгів здоров'я (*напр.* стоматологічна допомога) для осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема жінок щодо гінекологічних скринінгів⁹⁰;
- внесок у збирання даних та дослідження обмежень життєдіяльності на популяційному рівні (*напр.* епідеміології функціональних обмежень) та розробці й впровадженні інноваційних моделей для задоволення виникаючих потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Етика та послуги фізичної та реабілітаційної медицини

ВООЗ запропонувала реабілітацію, як ключову стратегію здоров'я XXI століття⁹¹. Більше того, потреби в реабілітації зростають внаслідок сучасних тенденцій охорони здоров'я, таких, як старіння населення, покращення знань та нові медичні технології, збільшення показників виживання та очікуваної тривалості життя, поширення хронічних станів, ранній початок реабілітації та рання виписка з гострої допомоги. Отже, витрати на реабілітацію зростають у порівнянні зі скороченням бюджетів. Це передбачає вибір на макро-, мезо- та мікрорівні охорони здоров'я⁹². Біоетичні проблеми (етичні проблеми в контексті охорони здоров'я) пов'язані з трьома основними моральними принципами: повага до автономії, доброчесність проти нешкідливості та справедливості²⁰. Повага до цих принципів може призвести до конфліктних ситуацій та етичних дилем.

Етичні проблеми, що занурені на макро- (політика охорони здоров'я) та мікрорівні (рівень взаємодії з пацієнтом), обговорювалися в попередніх розділах (відповідно 2 та 7). Цей розділ присвячено вибору, який необхідно зробити на мезо-рівні (організація охорони здоров'я: лікарні, реабілітаційні служби тощо).

Важливим завданням для лікарів ФРМ є вибір пацієнтів або «сортуння» для доступу до реабілітаційної програми або послуги²¹. Мета полягає в тому, щоб належний пацієнт отримав належний рівень допомоги в належний момент часу з відповідним фінансуванням. Сортуння повинно базуватися на багатомірному функціональному стані пацієнта та включати як медичні, так і не медичні фактори. Отже, потрібна система класифікації пацієнтів або сортунвальний інструмент. Це також має враховувати складність реабілітаційних потреб і цілей пацієнта, а також його вибору. Іншим параметром є частота та поширеність основного стану здоров'я, і менш часті стани вимагають більш специфічних послуг, особливо у випадку складних цілей. Система класифікації / оцінки пацієнта повинна використовуватись з початку гострої фази з метою скерування пацієнта до послуги, яка пропонує належний рівень реабілітаційної допомоги, впродовж всього континууму допомоги (див. Малюнок 1). Проте, більшість реабілітаційних служб мають обмежену кількість стаціонарних та амбулаторних місць, а важкі рішення щодо надходження та виписки пацієнтів мають прийматись щодня. Найкращий вибір для пацієнта (принцип доброчесності) повинен мати перевагу, але цей вибір може суперечити наявному бюджету та більш утилітарним міркуванням. Такий самий конфлікт може виникнути при виписці пацієнта. У більшості європейських країн кількість спеціалізованих установ для дорослих з тяжкими формами обмежень життєдіяльності, які не можуть повернутися додому, є недостатньою. Це створює проблеми з випискою, а отже, і надходженням («блокувальники ліжка»). Більше того, деякі пацієнти виписуються до неналежних закладів, таких, як неспеціалізовані будинки для літніх людей. У межах обмежених (і наразі тих, що скорочуються) бюджетів наявні фінансові ресурси повинні бути розподілені «справедливо» (принцип справедливості).

Інше питання на мезо-рівні стосується ставлення фахівців охорони здоров'я до осіб з обмеженнями життєдіяльності та хронічними захворюваннями. Це може варіювати залежно від бачення та встановлення пріоритетів в закладах охорони здоров'я. *Напр.*, доступ до гінекологічних та акушерських послуг для жінок на візках, а також відсутність обізнаності та знань відповідних фахівців охорони здоров'я часто є перешкодою для регулярних медичних оглядів цих жінок з особливими потребами.

Інклюзія пацієнта та його/її родини, а також залучення рівних консультантів до реабілітаційної команди, буде залежати від пацієнт-спрямованості

конкретної реабілітаційної служби або закладу в цілому.

Протягом останніх десятиліть використання технологій у реабілітації значно зросло. Робототехніка і біоніка належать до щоденної практики. Отже, етичне питання тут більше не «чи варто використовувати технологію», але «як використовувати технологію», або «як технологія впливає на наше життя, а наша поведінка, як техніка, формує наші дії та досвід»⁹³.

На закінчення, в реабілітаційній практиці ми все більше стикаємося з делікатними етичними питаннями. Рішення мають прийматись щодня на мікро, мезо-, а також на макрорівні охорони здоров'я. Етичні цінності та культуральні переконання професіоналів, а також пацієнтів впливають на вибір у практиці реабілітації. Ми повинні усвідомлювати той факт, що культуральні відмінності можуть вплинути на результат втручання. Тому етичні та культуральні питання повинні бути частиною навчальних програм з реабілітації та післядипломної підготовки, також і з питань використання технології. Фахівцям реабілітації потрібен час, щоб задуматися над цими проблемами з колегами та рівними консультантами.

Посилання

1. Krug E., Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Apr;53(2):153–4.
2. Gutenbrunner C., Lemoine F., Yelnik A., Joseph P.-A., de Korvin G., Neumann V., et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Jul;54(5):298–318.
3. World Health Organization, World Bank. *World Report on Disability.* 2011.
4. The United Nations. "Convention on the Rights of Persons with Disabilities." Treaty Series 2515 (CRPD) [Internet]. 2006. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
5. World Health Organization. *Global Disability Action Plan* [Internet]. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1
6. Gutenbrunner C., Bickenbach J., Melvin J., Lains J., Nugraha B. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. *J. Rehabil. Med.* 2017 Apr 6;
7. Stucki G., Bickenbach J., Melvin J. Strengthening Rehabilitation in Health Systems Worldwide by Integrating Information on Functioning in National Health Information Systems. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2016 Dec 15;
8. Hopfe M., Proding B., Bickenbach J.E., Stucki G. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. *Disabil Rehabil.* 2017 Jun 6;1–6.
9. Bickenbach J. The International SCI Survey and the Learning Health System for SCI. *Am J PMR.*
10. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries

- in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800.
11. WHO. Rehabilitation Guidelines [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_guidelines/en/
 12. Meyer T., Gutenbrunner C., Kiekens C., Skempes D., Melvin J.L., Schedler K., et al. ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *J. Rehabil. Med.* 2014 Jan;46(1):1–6.
 13. Gutenbrunner C., Bickenbach J., Kiekens C., Meyer T., Skempes D., Nugraha B., et al. ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation. *J. Rehabil. Med.* 2015 Oct 5;47(9):809–15.
 14. Kiekens C., Meyer T., Gimigliano F., Baffone C., Gutenbrunner C.M., UEMS PRM ICF Workshop moderators and rapporteurs. European initiative for the application of the International Classification of Service Organization in Health-related Rehabilitation (ICSO-R). *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2017;53(2):308–18.
 15. Agency for Clinical Innovation. ACI Rehabilitation Implementation Toolkit [Internet]. 2013. Available from: http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/190871/ACI-Rehabilitation-Implementation-Toolkit.pdf
 16. Crisp B., Swerissen H., Duckett S. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promot Int.* 2000;99–107.
 17. MSH. Capacity Building [Internet]. Available from: <https://www.msh.org/our-work/practice/capacity-building>
 18. WHO. Capacity Building [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/capacity_building/en/
 19. Frontera W.R., Fuhrer M.J., Jette A.M., Chan L., Cooper R.A., Duncan P.W., et al. Rehabilitation medicine summit: building research capacity executive summary. *J. Neuro-engineering Rehabil.* 2006 Jan 3;3:1.
 20. Rudnick A. Ethics in Rehabilitation [Internet]. International Encyclopedia of Rehabilitation. JH Stone, M Blouin; Available from: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/16/>
 21. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J. Rehabil. Med.* 2000 Jun;32(2):51–5.
 22. Wade D. Rehabilitation – a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clin Rehabil.* 2016 Feb;30(2):109–18.
 23. Royal College Physicians. Medical Rehabilitation 2011 and beyond. Report of a Working Party. 2010.
 24. British Society of Rehabilitation Medicine and Royal College of Physicians. Clinical Governance in Rehabilitation Medicine [Internet]. Available from: www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy
 25. Ward A.B., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med.* 2010 May;42(5):417–24.
 26. Santa Mina D., Clarke H., Ritvo P., Leung Y.W., Matthew A.G., Katz J., et al. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy.* 2014 Sep;100(3):196–207.
 27. Henk J., Stam H.M., Buyruk J.L., Melvin and G. Stucki. Acute Medical Rehabilitation. 2012 Rotterdam, Erasmus MC. 2012. 289-98 p.
 28. Neumann V., Gutenbrunner C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela E., Giustini A., et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2010 Jan;42(1):4–8.
 29. Beyer J., Berliner M., Glaesener J.J., Liebl M.E., Reiners A., ReiChauer A., et al. Positionspapier zur fachübergreifenden
F̈urḧrehabilitation – 2. aktualisierte Auflage. *Phys Med Rehabil Kuror.* 2015;260–80.
 30. Lord R.K., Mayhew C.R., Korupolu R., Manthey E.C., Friedman M.A., Palmer J.B., et al. ICU early physical rehabilitation programs: financial modelling of cost savings. *Crit Care Med.* 2013 Mar;41(3):717–24.
 31. Bailey P., Thomsen G.E., Spuhler V.J., Blair R., Jewkes J., Bezdjian L., et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med.* 2007 Jan;35(1):139–45.
 32. Adler J., Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J.* 2012 Mar;23(1):5–13.
 33. Peiris C.L., Taylor N.F., Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011 Sep;92(9):1490–500.
 34. Ward A., Gutenbrunner C., Giustini A., Delarque A., Fialka-Moser V., Kiekens C., et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J. Rehabil. Med.* 2012 Apr;44(4):289–98.
 35. Takac P, Petrovievc J., Delarque A., Stibrant Sunnerhagen K., Neumann V., Vetra A., et al. Position paper on PRM and persons with long term disabilities. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2014 Aug;50(4):453–64.
 36. Brubaker B.H. Health promotion: a linguistic analysis. *ANS Adv Nurs Sci.* 1983 Apr;5(3):1–14.
 37. AHRQ. Health maintenance in the long term care setting. [Internet]. Available from: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/45523>
 38. World Health Organization. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. 2009.
 39. Rimmer J.H., Rowland J.L. Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine.* :409–20.
 40. Lollar D., Crews J.E. Prevention. *Albrecht GA Encyclopedia of Disability.* 2005. 1288–1293 p.
 41. Campbell M.L., Sheets D., Strong P.S. Secondary health conditions among middle-aged individuals with chronic physical disabilities: implications for unmet needs for services. *Assist Technol Off J RESNA.* 1999;11(2):105–22.
 42. Kinne S., Patrick D.L., Doyle D.L. Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. *Am. J. Public. Health.* 2004 Mar;94(3):443–5.
 43. Santiago M., Coyle C. Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. *Disabil Rehabil.* 2004 Apr 22;26(8):485–94.
 44. Rimmer J.H., Chen M.-D., Hsieh K. A conceptual model for identifying, preventing, and managing secondary conditions in people with disabilities. *Phys Ther.* 2011 Dec;91(12):1728–39.
 45. Froehlich-Grobe K., Jones D., Businelle M.S., Kendzor D.E., Balasubramanian B.A. Impact of disability and chronic conditions on health. *Disabil Health J.* 2016 Oct;9(4):600–8.
 46. Cifu David X. Braddom’s physical medicine & rehabilitation. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016; 1232 p.
 47. Moore S.C., Lee I.-M., Weiderpass E., Campbell P.T., Sampson J.N., Kitahara C.M., et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. *JAMA Intern Med.* 2016 Jun 1;176(6):816–25.
 48. Reis R.S., Salvo D., Ogilvie D., Lambert E.V., Goenka S., Brownson R.C., et al. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to

- get people moving. *Lancet Lond Engl.* 2016 Sep 24;388(10051):1337–48.
49. Ding D., Lawson K.D., Kolbe-Alexander T.L., Finkelstein E.A., Katzmarzyk P.T., van Mechelen W., et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet Lond Engl.* 2016 Sep 24;388(10051):1311–24.
 50. Moser N.-T., Fischer K., Korsukiwitz C. Prevention as a pension insurance task: innovative models complementing proven concepts. *Rehabil.* 2010 Apr;49(2):80–6.
 51. Wald A., Russy W., Frauendorf H. Prevention of falls among the elderly – therapy of gait disturbance. *Phys. Med. Rehab. Kuror.* 2002;41–4.
 52. Chahal J., Lee R., Luo J. Loading dose of physical activity is related to muscle strength and bone density in middle-aged women. *Bone.* 2014 Oct;67:41–5.
 53. Savage P.D., Sanderson B.K., Brown T.M., Berra K., Ades P.A. Clinical research in cardiac rehabilitation and secondary prevention: looking back and moving forward. *J. Cardiopulm Rehabil Prev.* 2011 Dec;31(6):333–41.
 54. Veerbeek J.M., van Wegen E., van Peppen R., van der Wees P.J., Hendriks E., Rietberg M., et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 2014;9(2):e87987.
 55. Berry A., Beattie K., Bennett J. *Physical Activity and Movement/ : A Guideline for Critically Ill Adults.* 2014.
 56. Frontera W. *DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation.* Lippincott Williams & Wilkins; 2010. Frontera W.; 1594 p.
 57. Powell K.E., Paluch A.E., Blair S.N. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annu Rev Public Health.* 2011;32:349–65.
 58. Hutzler Y., Sherrill C. Defining adapted physical activity: international perspectives. *Adapt Phys Act Q APAQ.* 2007 Jan;24(1):1–20.
 59. Figoni S.F. *Cycle of Disability: National Handicapped Sports-Adapted Fitness Instructor Handbook.* Rockville.
 60. Preede L., Saebu M., Perrin P.B., Nyquist A., Dalen H., Bautz-Holter E., et al. One-year trajectories of mental and physical functioning during and after rehabilitation among individuals with disabilities. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Aug 28;13:135.
 61. Archer E., Blair S.N.. Physical activity and the prevention of cardiovascular disease: from evolution to epidemiology. *Prog Cardiovasc Dis.* 2011 Jun;53(6):387–96.
 62. Lee I.-M., Shiroma E.J., Lobelo F., Puska P., Blair S.N., Katzmarzyk P.T., et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Lond Engl.* 2012 Jul 21;380(9838):219–29.
 63. Freyssin C., Blanc P., Verkindt C., Maunier S., Prieur F. Effect of long-term physical activity practice after cardiac rehabilitation on some risk factors. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation.* 2011 Dec;34(4):357–9.
 64. Myers J., Prakash M., Froelicher V., Do D., Partington S., Atwood J.E. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med.* 2002 Mar 14;346(11):793–801.
 65. Izawa K.P., Yamada S., Oka K., Watanabe S., Omiya K., Iijima S., et al. Long-term exercise maintenance, physical activity, and health-related quality of life after cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2004 Dec;83(12):884–92.
 66. Scott A., Gidlow C. *Clinical Exercise Science.* Routledge. 2016. 336 p.
 67. British Thoracic Society. *Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults* [Internet]. Vol. 6. 2014. 29 p. Available from: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/pulmonary-rehabilitation-bts-quality-standards-for-pulmonary-rehabilitation-in-adults/>
 68. Meshe O.F., Claydon L.S., Bungay H., Andrew S. The relationship between physical activity and health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2017 Apr;39(8):746–56.
 69. Furie K.L., Kasner S.E., Adams R.J., Albers G.W., Bush R.L., Fagan S.C., et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2011 Jan;42(1):227–76.
 70. Lee C.D., Folsom A.R., Blair S.N. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke.* 2003 Oct;34(10):2475–81.
 71. van de Port I.G.L., Kwakkel G., Bruin M., Lindeman E. Determinants of depression in chronic stroke: a prospective cohort study. *Disabil Rehabil.* 2007 Mar 15;29(5):353–8.
 72. English C., Hillier S.L. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 Jul 7;(7):CD007513.
 73. Brazzelli M., Saunders D.H., Greig C.A., Mead G.E. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD003316.
 74. Pang M.Y.C., Ashe M.C., Eng J.J., McKay H.A., Dawson A.S. A 19-week exercise program for people with chronic stroke enhances bone geometry at the tibia: a peripheral quantitative computed tomography study. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2006;17(11):1615–25.
 75. Carin-Levy G., Kendall M., Young A., Mead G. The psychosocial effects of exercise and relaxation classes for persons surviving a stroke. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* 2009 Apr;76(2):73–80.
 76. Chen M.-D., Rimmer J.H. Effects of exercise on quality of life in stroke survivors: a meta-analysis. *Stroke.* 2011 Mar;42(3):832–7.
 77. Saunders D.H., Sanderson M., Hayes S., Kilrane M., Greig C.A., Brazzelli M, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 24;3:CD003316.
 78. Ivey F.M., Hafer-Macko C.E., Macko R.F. Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRx J Am Soc Exp Neurother.* 2006 Oct;3(4):439–50.
 79. Svein U., Thommessen B., Bautz-Holter E., Wyller T.B., Laake K. Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clin Rehabil.* 2004 May;18(3):267–74.
 80. Lennon O., Carey A., Gaffney N., Stephenson J., Blake C. A pilot randomized controlled trial to evaluate the benefit of the cardiac rehabilitation paradigm for the non-acute ischaemic stroke population. *Clin Rehabil.* 2008 Feb;22(2):125–33.
 81. Ginis K.A.M., Hicks A.L., Latimer A.E., Warburton D.E.R., Bourne C., Ditor D.S., et al. The development of evidence-informed physical activity guidelines for adults with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2011 Nov;49(11):1088–96.
 82. British Society of Rehabilitation Medicine. *Working Party Report on Traumatic Brain Injury.* 1998 London;
 83. WHO. *WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability.* 2014.
 84. Gutenbrunner C., Negrini S., Kiekens C., Zampolini M., Nugraha B. The Global Disability Action Plan 2014-2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. *Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM).* *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2015 Feb;51(1):1–4.
 85. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: World Health Organization, 2001 [Internet]. 2001. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
 86. Li J., Proding B., Reinhardt J.D., Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International

- Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):502–7.
87. Selb M., Gimigliano F., Prodinge B., Stucki G., Pestelli G., Iocco M., et al. Toward an International Classification of Functioning, Disability and Health clinical data collection tool: the Italian experience of developing simple, intuitive descriptions of the Rehabilitation Set categories. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Apr;53(2):290–8.
 88. Prodinge B., Scheel-Sailer A., Escorpiso R., Stucki G. UEMS PRM Workshop report: toward the development of clinical assessment schedules for specified rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;
 89. Schopp L.H., Sanford T.C., Hagglund K.J., Gay J.W., Coatney M.A. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. *J Midwifery Womens Health.* 2002 Apr;47(2):74–9.
 90. Stucki G. Olle Hццк Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):486–93.
 91. Kiekens C., DE Tavernier J. Ethical choices in rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Aug;52(4):419–21.
 92. Peter Paul Verbeek. *Moralizing Technology. Understanding and designing the morality of things.* The University of Chicago Press Books. 2011.
 93. Kiekens C., Van Rie K., Leys M., Cleemput I., Smet M., Kesteloot K., et al. Organisation and financing of musculoskeletal and neurological rehabilitation in Belgium. KCE study 2005-18 Health Services Research (HSR). [Internet]. Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organisation-and-financing-of-musculoskeletal-and-neurological-rehabilitation>

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
 - Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
 - Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
 - Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^о видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Carlotte Kiekens, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Filipe Antunes, Paolo Boldrini, Christoph Gutenbrunner, Alvydas Juocevicius, Carlotte Kiekens, Francois Constant Boyer, John PS Burn, Pedro Cantista, Mark Delargy, Gordana Deveierski, Enrique Varela-Donoso, Calogero Foti, Alessandro Giustini, Jean-Jacques Glaesener, Jacinta McElligott, Angela McNamara, Anda Nulle, Aydan Oral, Daiana Popa, Christina-Anastasia Rapi, Amandine Rapin, Katharina Stibrant Sunnerhagen, Peter Takac, Jiri Votava, Andreas Winkelmann, Jan HB Geertzen, Kurt Hoppe, Ilse J.W. van Nes, Steven Rimbaut, Rochelle T. Dy, Christof A.J. Smit, Raquel Valero, Anthony B Ward, Alain Yelnik.
 - Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Володимиров

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

Розділ 9 – Освіта і безперервний професійний розвиток: формування майбутнього ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) цей розділ присвячений освіті лікарів ФРМ у Європі. Щоб здобути необхідну сферу компетентностей, спеціалісти фізичної і реабілітаційної медицини повинні пройти добре організоване і належним чином структуроване навчання адекватної тривалості. Фактично, вони повинні розвивати не тільки медичні знання, але також компетентність в області допомоги пацієнтам, специфічні процедурні навички і ставлення щодо міжособистісних відносин і комунікації, глибоке розуміння основних принципів медичної етики та громадського здоров'я, здатність застосовувати правила допомоги та профілактики відносно до осіб з обмеженнями життєдіяльності, здатність освоювати стратегії реінтеграції осіб з обмеженнями життєдіяльності до суспільства, застосовувати принципи забезпечення якості і сприяти безперервному професійному розвитку, що ґрунтується на практичній діяльності. Цей документ містить оновлену деталізовану інформацію про освіту та підготовку спеціалістів, надає рекомендації щодо стандартів, що вимагаються на європейському рівні, згідно до правил ЄСМС щодо створення загальної структури навчання, яка складається з загального набору знань, навичок та компетентностей для післядипломного навчання. Підкреслюється роль Європейської Ради ФРМ, як органу, спрямованого на забезпечення найвищих стандартів медичної підготовки і охорони здоров'я в Європі і гармонізації кваліфікацій лікарів ФРМ. Для уможливлення цього були встановлені рівні теоретичних знань, необхідні для практики в спеціальності ФРМ і основні компетентності (результати підготовки), що мають бути досягнуті наприкінці навчання, і додана базова навчальна програма для післядипломної підготовки з фізичної та реабілітаційної медицини. Також була приділена увага додипломному навчанню студентів-медиків, яке вважається обов'язковим елементом зростання як спеціальності ФРМ, так і медичної спільноти в цілому, особливо, зважаючи на майбутні виклики популяції, яка старіє, та збільшення обмежень життєдіяльності на нашому континенті.

Нарешті, показані проблеми безперервного професійного розвитку та медичної освіти, що існують у майбутньому європейської фізичної та реабілітаційної медицини, та визначено роль Європейської Ради з акредитації безперервної медичної освіти (European Accreditation Council of Continuing Medical Education, EACCME) ЄСМС.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 9. Education and continuous professional development: shaping the future of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):279-286.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 9. Освіта і безперервний професійний розвиток: формування майбутнього ФРМ Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 164–171.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина; Європа; освіта, медична; навчальна програма; навчання.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності

ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей розділ стосується освіти лікарів ФРМ у Європі. Представлено детальну інформацію про освіту і навчання медичних спеціалістів, обговорення стандартів, що вимагаються на європейському рівні – навіть якщо вони поки не є фактичною реальністю в усіх європейських країнах. Також зроблений фокус на додипломній освіті студентів-медиків, яке вважається обов'язковим елементом зростання як спеціальності ФРМ, так і медичної

спільноти в цілому, особливо, зважаючи на майбутні виклики популяції, яка старіє, та збільшення обмежень життєдіяльності на нашому континенті. Показані проблеми безперервного професійного розвитку та медичної освіти, що існують у майбутньому європейської ФРМ. Нарешті, докладно описані принципи і зміст європейської навчальної програми.

Освіта та навчання

Практика ФРМ має унікальні характеристики командного, пацієнт-центричного, ціль-спрямованого підходу, що має за мету оптимізацію функцій і якості життя пацієнта, запобігання ускладненням і підвищенню суспільної інтеграції. Тому лікарі ФРМ повинні розвивати не тільки медичні знання, але також компетентність в області допомоги пацієнтам, специфічні процедурні навички і ставлення щодо міжособистісних відносин і комунікації, глибоке розуміння основних принципів медичної етики та громадського здоров'я, здатність застосовувати правила допомоги та профілактики відносно до осіб з обмеженнями життєдіяльності, здатність освоювати стратегії реінтеграції осіб з обмеженнями життєдіяльності до суспільства, застосовувати принципи забезпечення якості і сприяти безперервному професійному розвитку, що ґрунтується на практичній діяльності.

Як керівники мульти-професійних реабілітаційних команд, залучених до безперервного надання допомоги від лікарні до спільноти, вони також повинні демонструвати управлінські компетентності, знати і застосовувати принципи доказової медицини, враховувати міркування щодо обізнаності про витрати і аналізу ризик-вигода впродовж надання відповідної допомоги пацієнту та / або населенню.

ФРМ є незалежною медичною спеціальністю у всіх європейських країнах, крім Данії. Визнання цієї спеціальності здійснюється в Росії і в Україні завдяки дії Секції та Ради ФРМ ЄСМС, делегати якої

організували кілька освітніх заходів в тісній співпраці з місцевими лікарями, вимагаючи створення фізичної та реабілітаційної медицини, як повноцінної і незалежної медичної спеціальності.

Стандарти освіти та навчання лікарів фізичної та реабілітаційної медицини

Відповідно до правил ЄСМС, встановлення загального набору знань, навичок та компетентностей для післядипломного навчання дозволяє створити загальну структуру навчання, що уможливить фахівцям з цієї дисципліни пересуватись з однієї країни в іншу. Відповідно до цілей ЄСМС, Європейська Рада ФРМ має за мету зміцнити безпечність та якість допомоги пацієнтам шляхом розробки найвищих стандартів медичного навчання та охорони здоров'я в Європі та гармонізації кваліфікації лікарів ФРМ. При цьому Європейська Рада ФРМ не прагне замінити компетенцію національних органів влади у визначенні змісту післядипломного навчання у своїй власній країні, а лише доповнити їх та забезпечити високу якість навчання в Європі.

Тривалість навчання

Щоб здобути необхідну широку сферу компетентностей, спеціалісти фізичної та реабілітаційної медицини повинні пройти добре організоване і належним чином структуроване навчання достатньої тривалості. Їх базова медична підготовка повинна дати їм певні компетентності, які посилюються завдяки знанням і досвіду, набутим під час їх спільного основного навчання з внутрішньої медицини, ортопедії, неврології тощо. Завдяки різним національним традиціям та законам, назви та фокус для спеціальності ФРМ варіюються, як і тривалість навчання (див. таблицю I). Хоча середня тривалість навчання для всіх спеціальностей у Європі зросла в період з 1989 по 2013 рр.¹ (Малюнок 1), в даний час в деяких європейських країнах

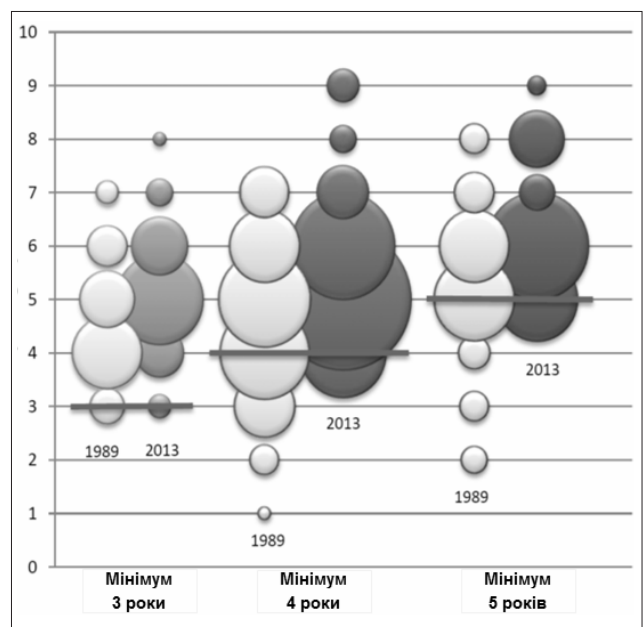
Таблиця I. Назви спеціальності Фізична та Реабілітаційна Медицина в країнах-членах ЄСМС

Країна	Назва спеціальності	Тривалість
Австрія	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation	5р 3міс.
Бельгія	Fysische Geneeskunde en Revalidatie	5р+1р спеціалізація
Боснія та Герцеговина	Médecine Physique et de Réadaptation	4р
Болгарія	Fizikalna medicina i rehabilitacija	4р
Хорватія	Физикална и рехабилитационна медицина (Fizikalna i rehabilitacionna medicina)	4р 4міс
Кіпр	Fizikalna medicina i rehabilitacija	3а кордоном
Кіпр	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)	
Чеська Республіка	Rehabilitační a fyzikální medicina	2р +3р
Данія	Fysiurgi	--
Естонія	Taastusravi ja füsiaatria	3р

Фінляндія	Fysiatria	5р
Франція	Médecine Physique et de Réadaptation	4р
Німеччина	Physikalische und Rehabilitative Medizin	1р Внутрішня медицина / Неврологія 1р Ортопедія +3р ФРМ
Греція	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)	5р
Угорщина	Rehabilitációs Medicina	5р
Ісландія	Endurhæfingarlækningar	--
Ірландія	Rehabilitation Medicine	4р
Італія	Medicina Fisica e Riabilitativa	4р
Латвія	Fizikālā un rehabilitācijas medicīna	4р
Литва	Fizine medicina ir reabilitacija	4р
Люксембург	Médecine Physique et de Réadaptation	За кордоном
Мальта	Rehabilitation Medicine	За кордоном
Нідерланди	Revalidatie Geneeskunde	4р зміна на 3р7міс
Норвегія	Fysikalsk medisin og rehabilitering	1р +4р
Польща	Rehabilitacja Medyczna	5р
Португалія	Medicina Física e de Reabilitação	5р
Румунія	Medicină Fizică și Reabilitare	4р
Росія	-	-
Республіка Сербія	Fizikalna Medicina I Rehabilitacija	4р
Словаччина	Fyziatria, balneológia & liečebná rehabilitácia	4р
Словенія	Fizikalna in rehabilitacijska medicina	2р3міс +2р9міс
Іспанія	Medicina Fisica y Rehabilitación	4р
Швеція	Rehabiliterings Medizin	5р
Швейцарія	Médecine Physique et de Réadaptation Physikalische Medizin und Rehabilitation Medicina Fisica e Riabilitativa	5р
Туреччина	Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon	4р (може бути продовжено до 4.5р)
Україна	Фізична та реабілітаційна медицина	4р
Велика Британія	Rehabilitation Medicine	4р

спостерігається тенденція до зменшення тривалості навчання з медичної спеціальності з відповідних економічних та соціальних причин². Освітня програма з ФРМ в Європі, зазвичай, налаштовується в 48-місячному форматі, в деяких країнах вона збільшується до 72 місяців, включаючи мінімум 36 місяців клінічного навчання (з яких 24 місяці проводять у відділенні ФРМ).

Однак, зважаючи на величезне збільшення очікуваної тривалості життя у всій Європі та подальше збільшення захворювань, що призводять до обмежень життєдіяльності та пов'язаних з віком, з гострим початком та хронічним перебігом, частота та складність супутніх захворювань у відділеннях реабілітації значно зросли. Пацієнти госпіталізуються у відділення набагато раніше після початку гострої хвороби або травми, і також зростає складність обмежень життєдіяльності. З цієї причини Рада ФРМ виступає за тривалість навчання 60 місяців, включаючи 12-місячні ротації в зовнішніх відділеннях (напр. внутрішня медицина, неврологія, інтенсивна терапія тощо). Крім того, для забезпечення пацієнтам оптимальної допомоги, очікується, що резиденти з ФРМ будуть розвивати здібності приймати рішення, ґрунтуючись



Малюнок 1. Розподіл спеціальностей з офіційною тривалістю навчання як менш 3, 4 або 5 років відповідно, в країнах Європи: результати двох оглядів, проведених в 1989 та 2013 роках¹

на пошуку, розумінні і використанні найкращих наявних доказів. За таких умов рекомендується,

щоб резидентам з ФРМ пропонувалося щонайменше шість місяців навчання методам дослідження як обов'язкового компоненту їх післядипломної освіти. Реабілітація є складною діяльністю, яка залежить від багатьох факторів. В науковій літературі необхідно вивчати і практично застосовувати конкретні методологічні підходи для досягнення необхідних рівнів доказової медицини, які можуть допомогти спеціальності успішно розвиватися і успішно конкурувати в майбутніх економіках в галузі охорони здоров'я. Отже, потенційні вчені повинні бути підтримані при здійсненні дисертаційних програм у підрозділі, забезпеченому відповідними штатами.

Керівники навчальних програм, викладачі та навчальні підрозділи

Навчання лікарів ФРМ незалежній роботі пов'язано з досвідом і обов'язково має відбуватися в контексті системи надання допомоги в охороні здоров'я. Навчання повинно здійснюватися в спеціалізованих центрах, де доступні кваліфікований персонал і адекватні ресурси.

Керівник навчальної програми ФРМ несе повну відповідальність за навчальну програму; він/вона здійснює нагляд та забезпечує якість дидактичної та клінічної освіти та контролює супервізію резидентів на всіх локаціях, що беруть участь в навчальній програмі. Він/вона повинен демонструвати експертний досвід в спеціальності ФРМ і бути визнаний викладачем з ФРМ відповідальним національним органом у своїй країні. Також рекомендовано, щоб він/вона сягнув статусу викладача, сертифікованого Радою ФРМ.

Кожен резидент повинен отримати супервізію одним викладачем (лікарем ФРМ) з документованою кваліфікацією з навчання та супервізії резидентів. Викладачі постійно залучені до ролі наставника, щоб допомагати резидентам розвивати навички, знання і ставлення, які відносяться до практики ФРМ, і приймати кількісну та прогресивну відповідальність за надання допомоги кожному пацієнтові.

Оцінювання результатів засвоєння/ навчання

Досягнення результатів засвоєння/навчання повинно оцінюватися щонайменше щорічно керівником навчальної програми разом з викладачами. Необхідно постійне ведення відповідної документації про оцінки. Така документація повинна бути у файлі резидента, та вона має бути доступною для резидента та іншого уповноваженого персоналу. Оцінка повинна бути об'єктивною та документувати прогресивне підвищення виконавчих здібностей резидента відповідно до його освітнього рівня. Зокрема, фінальний екзамen на останньому році навчання має підтвердити, що резидент показав

достатню компетентність для початку практики без прямого нагляду. Протягом процесу оцінювання, права резидента повинні бути захищені належними процесуальними процедурами. Резидент має забезпечуватись письмовою політикою закладу стосовно його/її прав та обов'язків та прав закладу.

Процедури сертифікації

Фахівці ФРМ мають свободу пересуватись в країнах-членах ЄСМС, але потребують сертифікації від своїх національних навчальних органів³. Ті, у кого це є, можуть бути визнані Європейською Радою ФРМ, яка має всебічні специфікації з наступних аспектів післядипломної освіти для спеціалістів ФРМ. Вони складаються з:

- навчальної програми для післядипломної освіти, що містить базові знання та застосування ФРМ при специфічних станах здоров'я;
- зразку навчального курсу у відділенні ФРМ тривалістю якнайменш чотири роки, з детальною реєстрацією діяльності у офіційному журналі єдиного зразку;
- єдиного письмового щорічного іспиту по всій Європі;
- системи національних менеджерів з навчання та акредитації для сприяння гарних контактів з резидентами в їх країнах;
- стандартних правил акредитації викладачів та процесу сертифікації;
- контролю якості навчальних центрів, що проводиться шляхом їх відвідування акредитованими фахівцями; та
- безперервного професійного розвитку в межах охоплення системи безперервною медичною освітою ЄСМС з метою повторної перевірки кожні десять років.

Більше інформації щодо правил цієї системи освіти та навчання можливо знайти на веб-сайті Секції ФРМ ЄСМС www.euro-prm.org, де також доступні форми заяв.

В теперішній час в Європі є близько 20000 лікарів ФРМ і 3000 резидентів ФРМ; серед 3897 лікарів ФРМ, які були сертифіковані Європейською Радою з 1993 року, 1094 є активними членами Європейської ради ФРМ: 260 з них досягли статусу старших членів; 24 навчальні центри (список яких доступний на веб-сайті за посиланням http://euro-prm.org/certification_docs/TC.htm) є сертифікованими Радою центрами з навчання ФРМ відповідно до європейського стандарту.

Додипломна підготовка

Менеджмент захворювання – це командний аспект медичної практики, який є пацієнт – центричним, спрямованим на досягнення цілей та з метою оптимізації функціонування та якості життя

пацієнта, запобігання ускладненням та збільшення суспільної участі. Медичні студенти будуть відповідати за допомогу хворим з обмеженнями життєдіяльності та особам зі станами, які призводять до обмежень життєдіяльності, незалежно від того, в яку галузь вони хочуть увійти, як післядипломні резиденти. В даний час пацієнти, яких лікують практично всі спеціальності, виявляють потребу у реабілітації, коли ми вважаємо, що люди в даний час виживають від того, що раніше було смертельною хворобою, але тепер вони залишаються боротися з порушеннями та обмеженнями життєдіяльності або, краще сказати, з обмеженнями їх активності та можливості участі⁴.

В результаті, всі лікарі повинні отримати базові знання про реабілітацію, визнаючи, що більшість не будуть працювати, як спеціалісти в цій галузі, або здійснювати специфічну реабілітаційну діяльність. Тому важливо, щоб добре навчені лікарі ФРМ навчали фізичній та реабілітаційній медицині на всіх додипломних медичних факультетах, та наступні теми є мінімально необхідними:

- принципи ФРМ та біо-психо-соціальна модель Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;
- організація та практика ФРМ (гостра та підгостра реабілітація, а також реабілітаційні програми для пацієнтів з хронічними станами);
- принципи та цілі функціонального оцінювання та основні несприятливі фактори функціонального відновлення;
- принципи та потенціал фізичної терапії, ерготерапії, (нейро)психології, терапії мови та мовлення та інших реабілітаційних терапій;
- принципи та результати медикаментозного лікування для поліпшення функцій, запобігання ускладнень, полегшення болю або будь-якого іншого джерела дискомфорту;
- комплексні реабілітаційні програми та основні покази до них;
- реабілітаційні потреби пацієнтів з особливими станами (*напр.* інсульт, множинна травма, поперековий біль, артрит, рак тощо);
- знання соціальної системи та законодавства, що стосується обмежень життєдіяльності та реабілітації на національному рівні, а також аспекти етики та прав людини в реабілітації.

Ці поняття вже є частиною обов'язкового навчання з ФРМ в більшості європейських країн. Європейська Рада ФРМ визначила ядро для додипломної навчальної програми з практичними навичками і визначенням періоду навчання у відділенні ФРМ. У плані дій Європейської Ради ФРМ 2014-2018 надається електронна книга, що підтримує такий навчальний план.

Безперервний професійний розвиток (БПР) та медична освіта (БМО)

В інтересах безпеки пацієнтів та допомоги гарної якості всі лікарі мають зобов'язання займатися безперервною освітою, тренінгами та навчанням протягом усього життя, для підтримки належної професійної практики. Гарантія якості має продемонструвати, що національні стандарти є порівняльними з міжнародними стандартами. У цьому глобальному контексті безперервний професійний розвиток (БПР) має враховувати міжнародні інновації та гарні практики, вимагаючи, щоб усі практикуючі лікарі постійно вдосконалювалися, набували нових навичок та забезпечували поновлення існуючих практик новими доказами і настановами, як тільки вони стають доступними. Це повинно контролюватися і підтримуватися національними регуляторними органами.

Відповідно до вищезазначених вимог, БПР та безперервна медична освіта (БМО) є невід'ємною частиною професійної практики лікарів ФРМ. Всі лікарі ФРМ повинні демонструвати свою безперервну компетентність. Це повинно бути прозорим, підзвітним, піддаватись регулюванню та корисним для забезпечення якості в процесі підтримки повторної сертифікації.

БПР складається з усіх навчальних засобів поновлення, розвитку та посилення того, як лікарі застосовують знання, вміння, ставлення (включаючи поведінку та етичні стандарти), що необхідні для їх професійного життя. БПР, *напр.*, включає заходи зі зміцнення розбудови команд, управління, професіоналізму, міжособистісної комунікації, інформаційних технологій, навчання, досліджень, експертної оцінки, аудиту і підзвітності. У цьому сенсі БПР включає і виходить за рамки БМО (клінічні знання); однак кредити БМО можуть розглядатися, як простий спосіб залучення до БМО/БПР, та як загальна «валюта БМО». ЄСМС гармонізувала акредитацію БМО навколо європейських кредитів БМО (ЄКБМО), що може бути використано в усій Європі, а також через угоду про взаємне визнання з Американською медичною асоціацією, також в Північній Америці. Американська Рада з Фізичної медицини та реабілітації (АРФМР) є однією з 24 Рад з медичних спеціальностей, які складають Американську Раду Медичних Спеціальностей (АРМС)⁵. Метою АРМС є захист громадськості шляхом встановлення загальних стандартів для лікарів для досягнення та підтримки сертифікації радою в їх відповідних спеціальностях. АРМС оцінює та сертифікує лікарів, які відповідають певним вимогам щодо освіти та підготовки. АРФМР встановлює вимоги до сертифікації та

підтримки сертифікації, створює свої іспити, прагне поліпшити підготовку та долучається до встановлення стандартів для фізичної медицини та реабілітації (*див.* www.abms.org).

Європейська Рада з акредитації безперервної медичної освіти ЄСМС (ЕАССМЕ)[®] є підрозділом ЄСМС, який формально представляє європейські країни: тому його кредити визнаються національними органами акредитації, як додаткові, неконкурентні для своєї компетенції і діяльності. Європейські положення є однаковими для всіх спеціальностей. ЕАССМЕ відповідає за координацію своєї діяльності з усіх медичних спеціальностей, а веб-сайт ЄСМС містить детальні відомості щодо вимог безперервної медичної освіти для всіх медичних спеціальностей в Європі (*див.* www.uems.org). Обов'язкові БПР / БМО встановлені в деяких країнах Європи та стають все більш необхідними у медичній практиці. Схеми професійних компетентностей - це формальні структури, що забезпечуються державами-членами для гарантування, що компетентності реєстрованих фахівців підтримуються на бажаному рівні. Кожен лікар зобов'язаний реєструватися за такою схемою. На національному рівні ці країни розробили власні правила, і більшість з них мають обов'язкові вимоги. Деякі країни зробили їх законодавчими вимогами. Рада ФРМ створила Комітет БПР/БМО, який несе відповідальність за відповідні безперервні програми в рамках нашої спеціальності, за акредитацію кількох наукових заходів на європейському рівні та науковий статус лікарів ФРМ, що сертифіковані Радою. Міжнародні навчальні програми слугують для навчання лікарів ФРМ та їх колег в реабілітаційних командах; вони покривають теми фундаментальних наук та клінічного навчання, а також дослідницькі та технічні програми. Програма БМО/БПР, яка організована на європейському рівні для акредитації міжнародних конгресів та заходів ФРМ, базується на положеннях взаємної угоди, підписаної між ЕАССМЕ та Секцією та Радою ФРМ ЄСМС, яка опублікована на веб-сайті Ради (http://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=168&lang=en)

Відповідно до цієї взаємної угоди національним органом акредитації кожної держави-члена ЄС (та ЄСП) є:

- відповідний орган, який керує та контролює акредитацію лікарів, що працюють у цій країні, і визначає кількість необхідних кредитів;
- несе відповідальність за відповідні програми в рамках спеціальності, за акредитацію наукових заходів на європейському рівні та науковий статус лікарів ФРМ, сертифікованих Радою.

Кожна Рада визнала, що лікар ФРМ потребує отримання 250 освітніх кредитів протягом п'ятирічного періоду з метою повторного підтвердження кваліфікації (www.euro-prm.org). Кредити можуть бути отримані за допомогою різних заходів БМО, включаючи пасивну або активну участь у наукових заходах, публікації в журналах/книгах, академічні види активності (*напр.* PhD) та самоосвіту (шляхом особистої підписки на журнали ФРМ або документоване відвідування навчальних інтернет-курсів з ФРМ). Відповідно до правил ЄСМС Рада ФРМ визнає, що досягнуто значних успіхів в методологіях забезпечення БМО та БПР, за допомогою яких ці освітні можливості є доступними для лікарів. Тому вона підтверджує використання нових медіа-засобів для надання БМО/БПР, які виходять за межі традиційних лекцій, симпозиумів та конференцій. Лікарі зобов'язані виконувати вимоги БМО перед тим, як їх можна буде перевірити, і це стає невід'ємною частиною як національного, так і європейського життя.

Рада ФРМ також бере на себе відповідальність за розширення можливостей освіти для резидентів та молодих лікарів ФРМ шляхом фінансування міжнародних навчальних програм та розповсюдження навчальних матеріалів. Ще лише з огляду на 2015 рік, Радою ФРМ акредитовано 18 міжнародних курсів, що надало можливість отримання 293 кредитів БМО.

Першим заходом, що спонсорувала Європейська Рада, була Європейська школа в Марселі з аналізу постоури і руху, яка була створена в 2000 році. Це є щорічним двотижневим курсом, який залучає лікарів, інженерів та інших фахівців реабілітації з усієї Європи. У 2005 році в Сиракузах було розпочато Євро-середземноморську літню школу реабілітації. Це щорічний навчальний курс високого рівня з реабілітаційної тематики, який безкоштовно пропонується 40 резидентам ФРМ з країн-членів ЄСМС та країн Середземномор'я.

Кілька електронних книг з навчальним вмістом були опубліковані та розповсюджені безкоштовно для багатьох членів та резидентів. В даний час вони доступні для завантаження з веб-сайту Ради (http://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=178&lang=en)

Навчальна програма з ФРМ: основні принципи

Різні сфери компетентностей та втручань лікарів ФРМ зазвичай описуються за категоріями з урахуванням основних медичних станів або порушень систем організму. Фактично, медицина гострої допомоги / загальна медицина зосередже-

на в основному на органах, захворюваннях та механізмах пошкодження, які ґрунтуються на моделі медицини Міжнародної класифікації хвороб - МКХ. Це впливає на спосіб категоризації пацієнтів, що виходить далеко за межі медичного світу. Це не є оптимальним для зосередженої на функції медичної спеціальності, такої, як ФРМ⁶. Навпаки, сфера компетентностей та втручання лікарів ФРМ повинні бути перераховані з використанням категорій, пов'язаних з функцією, на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я – МКФ. Згідно з цією моделлю, лікарі ФРМ потребують:

- знань біопсихосоціальних детермінант здоров'я та комплексної взаємодії факторів, що обмежують участь та автономію осіб з обмеженнями життєдіяльності у контексті їх медичного стану;
 - наявності вміння повідомити це пацієнту, родині пацієнта, колегам та реабілітаційній команді, для забезпечення ефективного комбінованого підходу, який зосереджується на конкретних пріоритетах пацієнта;
 - демонстрування пацієнт-центричної клінічної практики з акцентом на оцінювання, планування та навчання в тісному контакті з членами команди та в рамках культури уможливлення та управління ризиками.
- За такою передумовою, компетентності, які будуть набуті під час навчання або, як очікується, до кінця навчання, включають:
- клінічне та інструментальне оцінювання для визначення патофізіологічних механізмів та основного діагнозу стану пацієнта;
 - знання принципів навчання / нейропластичності / репарації / відновлення;
 - функціональне оцінювання в рамках МКФ, включаючи оцінювання порушень функцій/структур організму, оцінювання обмежень активності та обмежень можливості участі та розрізнення між здатністю та виконанням, виходячи з виявлення контекстуальних (особистих характеристик) та середовищних бар'єрів/сприятливих чинників;
 - впровадження інструментів клінічного та інструментального оцінювання для дослідження рухових, когнітивних, поведінкових та вегетативних функцій;
 - прогноз перебігу захворювання/обмеження життєдіяльності, виявлення несприятливих/сприятливих факторів функціонального відновлення та визначення способів (шляхів) відновлення, компенсації та адаптації;
 - розробку і проведення плану реабілітації за допомогою командного підходу, який складається

з встановлення досяжних коротко-, середньо- та довгострокових цілей, узгоджених з пацієнтом і доглядачем, і який в кінцевому підсумку призведе до реінтеграції пацієнта до суспільства і поліпшенню якості життя;

- призначення максимально заснованих на доказах, наскільки можливо, медичних і фізичних втручань (включаючи медикаментозне лікування, фізичні модальності, інноваційні технології, природні фактори тощо), а також технічних засобів (ортезів, протезів, візків тощо), ефективних для досягнення цілей реабілітаційного плану;
- профілактику та менеджмент ускладнень;
- навички керівництва і викладання, необхідні для координації і визначення пріоритетів роботи команди;
- комунікативні навички, необхідні для передачі відповідної інформації та пояснень пацієнтові/доглядачам, колегам, що відповідальні за пацієнта, та іншим фахівцям охорони здоров'я, з метою спільної участі в плануванні та впровадженні безперервної допомоги в охороні здоров'я від початкової стадії до підгострого і стабільного стану;
- зобов'язання виконувати професійні обов'язки і дотримуватись етичних принципів, проявляти співчуття, чесність та повагу до інших; чуйність до потреб пацієнтів, повагу до конфіденційності та автономії пацієнтів, чутливість і чуйність до різних груп пацієнтів, включаючи, але не обмежуючись, різноманітністю статі, віку, культури, раси, релігії, обмежень життєдіяльності та сексуальної орієнтації;
- активне співробітництво з державними агенціями охорони здоров'я та іншими органами, залученими до системи охорони здоров'я;
- виявлення потреб охорони здоров'я громади та впровадження відповідних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я та здорового способу життя та запобігання захворювань;
- проведення програм терапевтичного навчання для осіб з обмеженнями життєдіяльності та доглядачів;
- участь у навчанні лікарів та інших фахівців, що залучені до допомоги особам з обмеженнями життєдіяльності.
- впровадження усвідомлення вартості та аналізу ризик-вигода впродовж надання допомоги пацієнтам та/або населенню;
- здатність підвищувати якість професійної діяльності шляхом безперервного навчання та самооцінки, управління практикою та кар'єрою з метою професійного розвитку;

– здатність застосовувати основні принципи досліджень, в тому числі правила проведення та оцінки досліджень, пояснення пацієнтам і застосування в практичній діяльності.

З точки зору підходу, орієнтованого на захворювання, лікарі ФРМ повинні розвивати прогресивну відповідальність у діагностиці, оцінюванні та управлінні станами, які часто зустрічаються у реабілітаційному менеджменті пацієнтів будь-якого віку в наступних сферах:

- гострі і хронічні м'язово-скелетні синдроми, включно із спортивними та професійними травмами, ревматологічними захворюваннями, допомогою після переломів та після операцій артропластики суглобів;
- гострі і хронічні больові стани, включно із використанням медикаментів, фізичних модальностей, фізичних вправ, лікувальних та діагностичних ін'єкцій та психологічного та професійного консультування;
- вроджені або набуті ампутації;
- інсульт;
- вроджена або набута черепно-мозкова травма;
- вроджені або набуті розлади спинного мозку;
- вроджені або набуті міопатії, периферичні нейропатії, захворювання мотонейронів та рухової системи та інші нервово-м'язові захворювання;
- легеневі, серцеві, онкологічні, інфекційні, імуносупресивні та інші загальні медичні стани, які спостерігаються у пацієнтів з фізичними обмеженнями життєдіяльності або тих, хто зазнає станів, що призводять до обмежень життєдіяльності;
- тканинні розлади, такі як допомога при виразках та ранах;
- медичне кондиціонування, рекондиціонування та фітнес;
- метаболічні стани.

Післядипломна навчальна програма з ФРМ деталізує теоретичні знання, необхідні для практичної діяльності в медичній спеціальності «Фізична та реабілітаційна медицина» та основних компетентностей (результатів навчання), які слід досягти наприкінці навчання.

Хоча шляхи початку навчання варіюються в різних країнах Європи, навчальна програма має багато спільного на континенті і відповідає вимогам Американської Ради (див. веб-сайт www.abprm.org для довідки) або інших програм старшої резидентури з реабілітаційної медицини (<http://www.singhealthresidency.com.sg/Pages/RehabilitationMedicine.aspx>).

Посилання

1. Duchateau D.C., Rol M. Van Der, Smit Jongbloed L.J., Jong EM De, Vos P. Eindrapportage Quickscan Opleidingsduur en Bekostiging Medisch Specialistische Vervolgopleidingen in de EU. 2013.
2. Kiekens C., Moyaert M., Ceravolo M.G., Moslavac S., Juocevicius A., Christodoulou N., et al. Education of physical and rehabilitation medicine specialists across Europe: a call for harmonization. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Dec; 52(6):881–6.
3. The European Parliament and the Council of the European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *Off J Eur Union.* 2005; 22–142.
4. Ward A.B., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med.* 2010 May;42(5):417–24.
5. American Board of Physical Medicine and Rehabilitation. Curriculum of Knowledge [Internet]. Available from: https://www.abpmr.org/partI/documents/PartIOutline_Weights.pdf
6. Wade D. Rehabilitation – a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clin Rehabil.* 2016 Feb; 30(2):109–18.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^т видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Maria Gabriella Ceravolo, Pedro Cantista, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlote Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Maria Gabriella Ceravolo, Wim G.M. Janssen, Jacinta McElligott, Angela McNamara, Calogero Foti, Sasa Moslavac, Raquel Valero, Enrique Varela-Donoso, Rolf Frischknecht, Alvydas Juocevicius, Rochelle T. Dy, Alain Yelnik.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

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

Розділ 10 – Наука та дослідження у ФРМ: особливості та проблеми

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ), цей документ присвячений дослідженням, майбутньому ФРМ. Студенти та спеціалісти ФРМ переважно залучені до біомедичних досліджень, вивчаючи біологічні процеси, причини захворювань, їх медичні діагнози, оцінку їх наслідків для функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та вплив втручань в галузі охорони здоров'я на особистому та суспільному рівнях.

Більшість сучасних досліджень з ФРМ, часто міждисциплінарних, походить від прикладних досліджень, які, з використанням існуючих знань, спрямовані на специфічні цілі. У цій області проводяться трансляційні медичні дослідження, дослідження і розробки, дослідження впровадження і дослідження клінічного впливу. Лікарі ФРМ, переважно магістри або дисертанти, в даний час збільшують свою участь у фундаментальних дослідженнях та в доклінічних випробуваннях.

Лікарі ФРМ залучені до первинних досліджень, які є оригінальними дослідженнями з першого джерела, але також і вторинних досліджень, які є аналізом та інтерпретацією публікацій первинних досліджень у певній сфері з використанням специфічної методології.

Вторинні дослідження залишаються важливою активністю Секції ФРМ ЄСМС і це буде сферою новоствореної Cochrane Rehabilitation. Вторинні дослідження з зацікавленістю до осіб з обмеженнями життєдіяльності, будуть розвиватися в усьому світі на ґрунті доказової медицини за участю лікарів ФРМ і всіх інших фахівців охорони здоров'я і соціальної сфери, які залучені до реабілітації.

В Європі розвиток дослідної діяльності з інтересом до ФРМ є викликом майбутнього, та з ним ми стикаємося вже зараз. Європейські школи ФРМ, європейські магістерські та дисертаційні програми з їх можливостями підтримки дослідницьких та клінічних закладів, європейські організації ФРМ з їх веб-сайтами, наукові журнали ФРМ та європейські конгреси, разом з нашою співпрацею з європейськими дослідними центрами високого рівня, європейськими та міжнародними науковими товариствами в різних галузях є потужною базою для розвитку дослідницької діяльності разом із розвитком Кокранівської реабілітаційної сфери. ФРМ буде лідером у цій галузі досліджень.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 10. Science and research in PRM: specificities and challenges. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):287-310.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 10. Наука та дослідження у ФРМ: особливості та проблеми. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 172–195.

Ключові слова : Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, біомедичні дослідження, фундаментальні дослідження, трансляційні медичні дослідження.

Введення

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим

людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки і досліджень в ФРМ та проблеми і перспективи майбутнього ФРМ.

Наука і дослідження в фізичній та реабілітаційній медицині є відносно молодими, як і спеціальність, і мають деякі специфічні проблеми і особливості. Цей розділ починає представляти науковий спектр в ФРМ з можливою організацією досліджень функціонування та реабілітації, переглядом тем міжнародних конгресів і журналів з

фізичної та реабілітаційної медицини, а також зауважує, як посилити реабілітаційні дослідження. Після цього дається ретельний і повний опис сучасної ситуації з наукової та дослідницької діяльності, що представляє інтерес для Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі, з поглядом на нові можливості і проблеми. Визначена важливість реабілітаційних досліджень, та обговорюється їх специфічна методологія, пов'язана з проблемою подолання розриву між біологією і поведінкою, звертаючи увагу на такі теми, як взаємозв'язок між біомедициною та ФРМ (наука є ширше, ніж біологія) і дослідження з ФРМ (одна і та ж гра, різні правила, дві сторони однієї і тієї ж монети). Представлені виклики, пов'язані з доказовою медициною в ФРМ, починаючи з сучасної ситуації та пропозицій, щодо шляхів вирішення цих проблем: запропоновані засоби підвищення стандартів випробувань в ФРМ, створення обґрунтованих специфічних для ФРМ дизайнів випробувань та стандартизації втручання; наприкінці звернена увага на представництво ФРМ в «світі доказової медицини» та передачу наукових знань до клінічної практики. Останні підрозділи зосереджені на дослідницькій підготовці та освіті.

Науковий спектр ФРМ

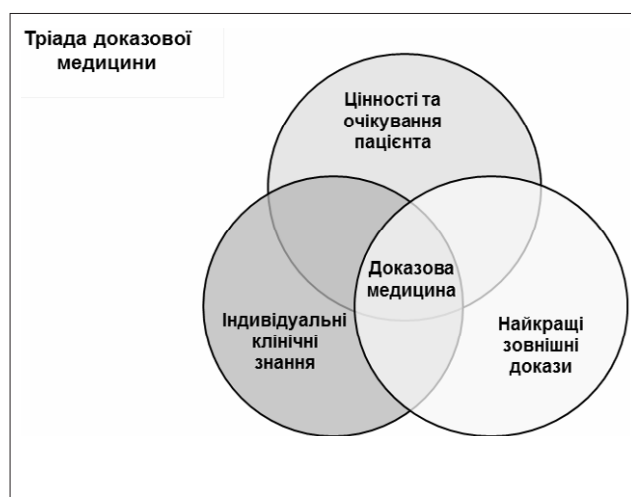
Спектр науково-дослідної діяльності в ФРМ може бути описаний відповідно до навчальної програми Ради ФРМ ЄСМС, сфери компетентностей Секції ФРМ ЄСМС, тем і програм конгресів ЄТФРМ та ISPRM, опублікованих в журналах ФРМ^{1,2} і перерахованих у Кокранівській реабілітаційній сфері³.

Організація досліджень функціонування та реабілітації людини

Сфера компетентностей для ФРМ – як описано в концептуальному описі ФРМ^{4,5} та представлено в європейській навчальній програмі з ФРМ⁶, вимагає розробки міцної наукової бази для широкого кола різних, але пов'язаних з нею наукових сфер. Малюнок демонструє структуру різних наукових сфер, починаючи з «від клітини до суспільства», а також від фундаментальних до прикладних і клінічних наук^{7,8}. Базовою концепцією, яка є основою цієї концептуалізації окремих наукових сфер у цій структурі, є інтегративна природа функціонування та модель МКФ.

Списки тем Конгресу: представлення спектру сучасної науки

Концептуальна структура реабілітаційного дослідження, як показано на Малюнку, є корисною



Малюнок 1. Це зображує взаємозв'язки трьох компонентів, що формують концепцію доказової медицини.

Armstrong, E.C. (2003) Harnessing new technologies while preserving basic values. *Fam Sys & Health*, (21)4, 351-355

відправною точкою для визначення конкретних наукових тем. Конкретним застосуванням цієї структури є перелік наукових тем для конгресів ФРМ, який вперше був розроблений та постійно оновлюється ЄТФРМ⁹⁻¹¹. Використовуючи цей підхід, ISPRM¹² також розробив список наукових тем, що є корисними для конгресів ФРМ. Список наукових тем ISPRM надає повне уявлення про спектр наук для ФРМ. Оскільки наука є динамічною, список тем регулярно оновлюється з урахуванням появи нових наукових підходів та пріоритетів та вилучення підходів, які вже не є корисними. Ґрунтуючись на досвіді останніх світових конгресів ISPRM у Берліні 2015 року та Куала-Лумпурі в 2016 році, було розроблено оновлений список наукових тем¹¹. Додаток 1 демонструє сучасний список тем.

Домовленість журналів з ФРМ

Публікація наукових досліджень після ретельного перегляду експертами відіграє важливу роль для процесу дослідження, а також впровадження досліджень до практики та професійної діяльності, заснованої на доказах¹³. У взаємодії з товариствами та конгресами, журнали ФРМ формують розуміння того, що становить наукову сферу ФРМ. Це посилює ідентифікацію вчених всередині ФРМ та видимість цієї наукової сфери для тих, хто знаходиться поза межами ФРМ. Тому журнали з ФРМ, які конкурують в науковій сфері, мають спільну зацікавленість просувати процес досліджень. Як і ЄТФРМ¹⁴, ISPRM також розробила мережу співпрацюючих журналів з ФРМ, що координуються комітетом з публікацій¹⁵.

Зміцнення реабілітаційних досліджень: формування майбутнього науки в ФРМ

Дослідження функціонування людини та реабілітації мають величезний потенціал, щоб стати багатогранною, послідовною дослідницькою сферою, в якій дослідники з різних дисциплін генерують та інтегрують нові знання та координують зусилля для вивчення оптимізації функціонування та якості життя людей, що зазнають обмежень життєдіяльності^{8,16}. Реалізація цього потенціалу потребує посилення дослідницької здатності та збільшення фінансування досліджень^{8,17}. Важливі підходи включають освіту та навчання дослідників, розвиток спеціалізованих дослідних установ, національних та міжнародних мереж співпраці та міждисциплінарних університетських центрів¹⁸, а також розширення існуючих та створення нових академічних навчальних програм з ФРМ¹⁹.

Новою і важливою ініціативою щодо зміцнення доказової бази для ФРМ є розробка Кокранівської реабілітаційної сфери²⁰. Оскільки оптимізація функціонування є метою реабілітації, відповідне застосування МКФ як з концептуальної, так і з методологічної точки зору є основою для цієї ініціативи²¹.

Ці зусилля щодо посилення науково-дослідницької здатності є важливими факторами майбутнього науки у ФРМ.

Малюнок. Окремі наукові області в дослідженнях функціонування людини та реабілітації. Цей малюнок ілюструє відносини в процесі комунікації наукових знань між різними науковими сферами. Подвійні стрілки вказують на те, що знання можуть передаватись в обох напрямках. Горизонтальний вимір символізує злиття знань, породжених фундаментальними та прикладними науками для обслуговування клінічних наук, і навпаки. Вертикальний вимір відрізняє комплексну перспективу на основі інтегративної моделі функціонування від більш фокусованої перспективи біомедичних аспектів функціонування. Діагональні стрілки ілюструють потік знань стосовно обох вимірів. Адаптовано з ^{8,19}.

Поточний стан науково-дослідної діяльності, що представляє інтерес для фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі, специфіка та проблеми майбутнього

Науково-дослідна діяльність, що представляє інтерес для осіб з обмеженнями життєдіяльності, представляє більш широке коло, що охоплює науково-дослідну діяльність «В» фізичній та реабілітаційній медицині.

Наукові медичні дослідження, що представляють інтерес для осіб з обмеженнями життєдіяль-

ності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, підвищують наукові знання, які поліпшують якість життя людей з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності.

План дій Секції ФРМ Європейського союзу (ЄС) з науки в ФРМ

Секція ФРМ ЄСМС розробила ефективну стратегію, як публікувати документи доказової медицини^{22,23}, включаючи "фізичну та реабілітаційну медицину" у своїх медичних предметних рубриках (MeSH).

Існує сильна воля європейських організацій ФРМ щодо розвитку науково-дослідної діяльності, яка представляє інтерес для ФРМ в Європі. Метою Європейського товариства ФРМ (ЄТФРМ), Секції та Ради ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС) та Академії реабілітаційної медицини (ЄАРМ) є:

- підтримувати медицину, що ґрунтується на доказах²⁴, за допомогою дослідницьких, освітніх і навчальних програм, що залучають студентів-медиків, резидентів ФРМ та лікарів ФРМ;
- сприяти, зміцнювати, оцінювати та виконувати всі дослідження, здатні просувати знання, які стосуються людей з хронічними захворюваннями чи станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, і приносять соціальні, культурні та економічні вигоди суспільству,
- заохочувати співпрацю між фахівцями різних дисциплін та розвивати міждисциплінарні програми, що об'єднують декілька медичних відділень, а також інші дослідницькі установи та виробників,
- подолати прогалини між фундаментальними та медичними дослідженнями та перевести фундаментальні знання до кращої клінічної практики,
- робити внесок до промоції та застосування результатів досліджень в сфері, що стосується людей з хронічними захворюваннями чи станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності,
- розвивати наукову інформацію і комунікацію в сфері, що стосується людей з хронічними захворюваннями чи станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності,
- брати участь у аналізі європейської наукової орієнтації та її потенціалу до еволюції для розробки європейської політики досліджень в сфері осіб з обмеженнями життєдіяльності,
- сприяти участі студентів та інших осіб з обмеженнями життєдіяльності, або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, у вищій освіті та дослідницькій діяльності²⁵.

Європейські громадяни позитивно ставляться до біомедичних досліджень

Недавнє опитування Французького Національного Інституту Здоров'я та Медичних Досліджень (INSERM), що включало 4000 громадян ЄС, показало, що для 82% з них медичні дослідження забезпечать краще життя їх дітям. Це підкреслює, наскільки важливо поширювати інформацію про дослідження з ФРМ для громадян.

Джерела фінансування досліджень у ФРМ є численними і недостатньо відомі

Незважаючи на довіру громадян ЄС до біомедичних досліджень, сучасні методи фінансування досліджень мають тенденцію до примітивізації охорони здоров'я та реабілітації осіб з обмеженнями життєдіяльності та старіючого населення. Лікарі ФРМ наполягають на зміні²⁶.

Інформація про можливості фінансування повинна бути розроблена в рамках спеціальності ФРМ, оскільки в ЄС та за її межами існує багато можливостей.

Дослідницькі програми ЄС, такі як «Horizon 2020» (H2020)²⁷, пропонують можливості фінансування післядокторських посад завдяки Marie Skłodowska Curie Actions (включаючи схеми співфінансування)²⁸. Інформаційна підтримка на H2020 доступна в сайті Euraxess²⁹. Технічна підтримка пропонується у кожній європейській країні та в деяких університетах через національні контактні пункти.

Європейські та міжнародні благодійні та неприбуткові фонди часто фокусуються на специфічних темах, вони надають фінансову підтримку дослідженням. Наприклад, у сфері спинномозкових травм це стосується Wings for life³⁰, іншими добре відомими прикладами є фонд Christopher та Dana Reeve³¹ та Інституту Макса Планка³².

Національні дослідницькі агенції зібрані до «Science Europe», яка є асоціацією European Research Funding Organizations (RFO)³³ та Research Performing Organizations (RPO), що базуються в Брюсселі.

Медичні школи та університети мають спеціальні бюджети на дослідницьку діяльність³⁴. Структура дослідницького бюджету університету для всіх країн ЄС є досить незбалансованою, з державним бюджетом в якості базового джерела фінансування³⁴. Заклади ФРМ на національному або міжнародному рівні підтримують дослідницькі програми: у Франції – UGECAM³⁵, французька мережа закладів ФРМ при інсульті, в Італії – Foundation Don Gnocchi³⁶ для доказової медицини і Кокранівською реабілітаційною сферою, та на світовому рівні – Ramsay, для спортивних заходів, підписали листи про наміри співпраці в дослідній діяльності з ЄТФРМ.

Участь неакадемічного сектору в дослідженнях ЄС (H2020) рахується неодмінним. Залучення учасників з індустрії, зокрема, малих та середніх підприємств, має вирішальне значення для максимізації очікуваного впливу дій.

Етичні питання та наукова/дослідницька активність в ФРМ

Захист прав і гідності людини в специфічній сфері біомедичних досліджень стає більш суворим, ніж це було в минулому. Доступні настанови ЄС, такі, як Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицини³⁷, який стосується біомедичних досліджень та захисту тварин у дослідженнях^{38,39}.

Фахівці ФРМ повинні звертати увагу та уникати конфлікту інтересів у своїй дослідній діяльності^{40,41}. Не-публікація результатів випробувань лікарських засобів також викликає етичні проблеми в дослідженнях⁴². Завданням Європейської ради з акредитації безперервної медичної освіти ЄСМС (ЕАССМЕ)⁴³ є контроль етичної якості конгресів ФРМ.

Публікації за темою «Реабілітація» постійно зростають протягом останніх десятиліть

Європа та ФРМ мали провідну роль у цій еволюції⁴⁴. Публікації з ФРМ протягом останніх 16 років з високим рівнем доказовості показали більші мультиплікаційні фактори порівняльно з тими, що мають низький рівень доказів⁴⁵. Публікації з реабілітації видаються не тільки фахівцями ФРМ, але й дослідниками в інших сферах⁴⁶.

Обсяг науково-дослідної діяльності, пов'язаної з ФРМ, є широким

Основні напрями науково-дослідної діяльності, що представляють інтерес для ФРМ, є численними. Вони представляють всі компоненти та домени/розділи Міжнародної класифікації хвороб та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я⁴⁷.

Основні сфери науково-дослідної діяльності, що представляють інтерес для ФРМ, пов'язані з областями досліджень, організованих на європейському дослідницькому рівні в наступних дисциплінах⁴⁸:

- нейронауки, з усіма науковими та медичними сферами, що стосуються центральної та периферичної нервової системи: її нормальне та патологічне формування, розвиток, функціонування та старіння⁴⁹;
- фізіологія, патофізіологія, метаболізм і харчування, серцево-судинна система, дихальна система, кістки та суглоби;

- громадське здоров'я, включно з епідеміологією, біостатистикою, економікою та соціологією, що застосовуються в галузі охорони здоров'я,
- технології в сфері охорони здоров'я, зокрема візуалізація, розробка ліків, біотехнологія, біоінженерія, інтервенційні методи медичної діагностики та лікування;
- клітинна біологія, розвиток і еволюція;
- генетика, геноміка та біоінформатика.

Модальності наукової та дослідної діяльності, що представляють інтерес для ФРМ, є численними

Наукові дослідження, що представляють інтерес для ФРМ, є в основному в сфері біомедичних досліджень, яка є широкою науковою галуззю, що включає в себе дослідження біологічного процесу, причин захворювань, їх медичну діагностику, оцінку їх наслідків для функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, на індивідуальному та соціальному рівнях. У цій сфері бере участь The Alliance for Biomedical Research in Europe⁵⁰.

Біомедичні дослідження з ФРМ переважно представлені клінічними дослідженнями та клінічними випробуваннями.

Дослідники ФРМ частіше, ніж у минулому, залучені до:

- міждисциплінарних дослідницьких програм в командах, що включають інші дисципліни або спеціалізовані знання. Human Brain Project є міждисциплінарною програмою, яка співфінансується ЄС⁵¹;
- прикладних програм досліджень, що спрямовані на конкретні цілі та відкриття, такі, як розробка нового лікарського засобу, нового медичного приладу, або нової процедури реабілітації. Вони використовують існуючі знання (отримані з фундаментальних досліджень) та методично розширюють ці знання для вирішення специфічних реабілітаційних проблем⁴⁶;
- доклінічних випробувань, що включають експеримент на клітинах та тваринних моделях⁵²;
- трансляційних досліджень, досліджень та розробок, від лабораторії до ліжка і домівки пацієнта, які є метою European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine^{53,54}, але навіть найбільш перспективні дані, одержані у фундаментальних дослідженнях, потребують багато часу для впровадження їх до клінічних експериментів та прийняття їх до клінічної практики є рідким⁵⁵;
- досліджень впровадження (ДВ), оцінки реабілітаційних втручань в охороні здоров'я в умовах «реального світу»⁵⁶;
- досліджень робототехніки та пристроїв, інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), які

згадуються у багатьох дослідних програмах ЄС «ІКТ Н2020» для вирішення соціальних проблем;

- програм фундаментальних досліджень, в яких лікарі ФРМ іноді беруть участь у процесі магістерського, дисертаційного або після-докторського навчання.

Заклади науково-дослідної діяльності в ФРМ є численними

Число академічних професорів у ФРМ зростає в деяких країнах ЄС, що призводить до розвитку клінічних досліджень в їх командах.

Збільшується число закладів ФРМ з клінічною дослідницькою діяльністю, деякі з яких мають угоди з університетами та/або Європейськими Органами ФРМ, такими, як Європейське Товариство ФРМ (Foundation Don Gnocchi³⁶, UGECAM³⁵, Ramsay Health Care⁵⁷).

Дослідницькі команди, кафедри, лабораторії та інститути розвивають міждисциплінарні наукові дослідження, від фундаментальних до прикладних досліджень в одній або декількох специфічних сферах⁵⁸. Їх очолюють вчені та/або фахівці ФРМ. Вони часто є частиною національних або міжнародних мереж, сфокусованих на даній сфері.

Електронна підтримка для комунікації та інформації з науково-дослідної діяльності з ФРМ переважно базується на веб-сайтах європейських організацій ФРМ.

Європейська Академія Реабілітаційної Медицини⁵⁹, Секція та Рада ФРМ ЄСМС⁶⁰ та ЄТФРМ поширюють наукову інформацію по всьому світові. Інші наукові веб-сайти доступні в певних сферах, наприклад, для інсульту – “доказовий огляд реабілітації при інсульті”⁶¹.

Конгреси ЄТФРМ та європейські / євро-середземноморські школи з ФРМ є успішними

Лікарі ФРМ беруть участь як у конгресах ФРМ, так і в конгресах, сфокусованих на певній тематичі. Темати можуть бути такі патології, як інсульт, пошкодження спинного мозку, функціональні розлади, такі як, наприклад, ковтання, психічні розлади; втручання в охороні здоров'я, такі, як ультразвукова діагностика, ін'єкції в суглоби тощо.

Конгреси Європейського товариства ФРМ проводяться кожні два роки. Вони зібрали до 2400 учасників. У цих конгресах беруть участь основні європейські організації ФРМ: Секція та Рада ФРМ ЄСМС та Європейська Академія Реабілітаційної Медицини. Основними темами цих конгресів є дослідження, освіта, професійна практика, сфера компетентностей та етика. Розглядаються всі області ФРМ.

Під час конгресу ЄТФРМ в 2016 році було проведено два нових заходи: «Денна лабораторна сесія» і «Мої тези про реабілітацію за 180 секунд» (MRT180). Вони відбудуться знову на черговому конгресі в Вільнюсі в травні 2018 року. Перелік міжнародних та Європейських національних конгресів з ФРМ є на сайті ЄТФРМ у календарі подій⁶².

Щорічно проводяться три міжнародні школи з ФРМ. Вони поширюють знання, засновані на доказах, та представляють останні дослідження для резидентів ФРМ (Euro Mediterranean Rehabilitation Summer School Haim Ring у Сіракузах, Італія, Intensive Teaching Programme Cofemer Ajmer Sofmer та European School Marseille у Франції з рухових обмежень життєдіяльності). Нова європейська школа для резидентів ФРМ буде доступною у Вільнюсі у 2018 році.

Європейські та міжнародні конгреси, присвячені специфічним темам, таким як біль, люди похилого віку, інсульт, спинномозкова травма, електроенцефалографія тощо, запрошують лікарів ФРМ та всіх фахівців, зацікавлених у цій сфері. ЄТФРМ створило спеціалізовані наукові комітети⁶³, які є зв'язком між ЄТФРМ, науковими товариствами та всіма фахівцями, сфокусованими на темі, зі спеціалізованими конгресами і науковими журналами.

Наукові журнали з ФРМ є дуже активними

Подібно до усних наукових виступів протягом конгресів, письмова наукова комунікація від лікарів ФРМ може бути поданою або до журналів ФРМ, або до інших наукових журналів, що спеціалізуються на певній темі. Поява та розвиток відкритого доступу були і залишаються великим викликом як для авторів, так і для читачів. Не завжди легко завантажити повнотекстову версію.

European Journal of PRM є офіційним журналом ЄТФРМ та Секції ФРМ ЄСМС⁶⁴.

Journal of Rehabilitation Medicine є офіційним журналом Європейської Академії Реабілітаційної Медицини та Європейської Ради ФРМ ЄСМС⁶⁵.

Перелік інших європейських журналів з ФРМ наданий в публікації⁶⁶.

Кокранівська реабілітаційна сфера є шансом для майбутнього реабілітації

Огляд наукової літератури має справу з вторинними джерелами, опублікованими в академічних, рецензованих журналах, та слідує методології для аналізу доступних даних (ключові слова, медичні предметні рубрики, пошукові системи, такі, як PubMed). Огляд наукової літератури забезпечує поточний стан медичних наукових знань в даній

сфері. Наприклад, для інсульту це є Evidence-based review on stroke rehabilitation⁶¹.

Починаючи з Комітету доказової медицини ЄТФРМ⁶³ під керівництвом професора Stefano Negrini та його колег (Carlotte Kiekens, Elena Piieva та Frane Grubisic), європейські організації ФРМ та інші міжнародні організації ФРМ були запрошені Cochrane до нової «Кокранівської реабілітаційної сфери»⁶⁷, що ґрунтується на основі сфери компетентностей ФРМ.

Кокранівська реабілітаційна сфера має за мету забезпечення можливості застосування клінічної доказової практики всіма фахівцями реабілітації, поєднуючи кращі наявні докази, зібрані високоякісними Кокранівськими систематичними оглядами, з їх власним клінічним досвідом і цінностями пацієнтів. Наше бачення – це світ, на якому особи, котрі приймають рішення, зможуть приймати ці рішення відповідно до кращих та найвідповідніших доказів у цій специфічній сфері. Кокранівська реабілітаційна сфера бажає поліпшити методи синтезу доказів, зробити їх узгодженими з потребами осіб з обмеженнями життєдіяльності, або зазнаючих обмежень життєдіяльності та в повсякденній клінічній реабілітаційній практиці.

Проблеми майбутнього

Основні виклики, які впливають на дослідницьку діяльність у фізичній та реабілітаційній медицині

- етичний, з правами Організації Об'єднаних Націй для осіб з обмеженнями життєдіяльності⁶⁸ на рівний доступ до медицини та реабілітації, до якості життя в суспільстві;
 - громадського здоров'я, з демографією хронічних захворювань, розвитком порушень, пов'язаних з віком⁴³, разом з соціальним впливом досліджень⁶⁹;
 - науковий, з розвитком медичних наукових знань у всіх областях⁶⁹;
 - технологічний, який демонструється зростанням використання візуалізаційних та дослідницьких лабораторій з міждисциплінарною діяльністю, що включає клініцистів⁷⁰.
- Також з розвитком електронної медицини (бази даних, пошукові системи, електронні книги) та робототехніки^{71,72}.
- економічний, із збільшенням витрат на охорону здоров'я на державному рівні та витратами на дослідження. Фінансування досліджень в ЄС не є одним з найвищих в світі, воно відрізняється від однієї країни-члена ЄС до іншої. У 2020 році 3% валового внутрішнього продукту ЄС (ВВП) слід інвестувати в дослідження та розробки. Здоров'я та старіння є одними з основних тем досліджень для програм ЄС (Еуропа EU).

ФРМ в Європі готова збільшити кількість дослідників та підвищити якість досліджень

Освіта для досліджень буде ключовим питанням протягом усього медичного навчання, для студентів додипломного рівня, післядипломних резидентів ФРМ, що мають доступ до магістерських та дисертаційних програм, постдокторських програм.

Додипломні програми в медичних школах повинні включати аналітичне читання⁷³ і біостатистику. Післядипломні програми на факультетах медицини повинні підтримувати розвиток наукового мислення в журнальних клубах⁷⁴, магістерських програмах з початком досліджень протягом першого року навчання. Теми, які часто зустрічаються: систематичні огляди, пошукові бази даних медичної літератури, управління бібліографією, методи терапевтичної оцінки, принципи епідеміології, передова біостатистика, критичне мислення, навчання в лабораторії тощо.

В даний час доступні статті, навчальні програми для наукового усного та письмового спілкування, для академічних зустрічей, міждисциплінарної співпраці, або для суспільно-орієнтованого спілкування⁷⁵⁻⁷⁷.

Під час конгресу ЄТФРМ було організовано презентації протягом трьох хвилин дослідних робіт дисертантів, так звана «Мої тези з реабілітації за 180 секунд», що є способом представити простими словами проект дослідження в реабілітації за короткий час, у вигляді трихвилинних тез⁷⁸.

Школа Ради / ЄТФРМ: під час наступного конгресу в Вільносі вперше буде організована школа для резидентів ФРМ, яка буде охоплювати весь навчальний план спеціальності. Буде використаний досвід спеціальних сесій трьох шкіл для європейських резидентів ФРМ, які організовуються щороку, Euro Mediterranean Rehabilitation Summer School в Сіракузах, Intensive teaching programme COFEMER, SOFMER, AJMER (під час французьких конгресів SOFMER) і European School Marseille з рухових обмежень життєдіяльності. Уроки з основних тем нашої спеціальності будуть проводитися експертами в цій галузі.

ЄТФРМ заохочує доступ магістрів ФРМ, дисертантів і фахівців постдокторського рівня до дослідницьких програм ЄС, таких як H2020. Дисертанти з обмеженнями життєдіяльності можуть бути підтримані спеціальним фінансуванням⁷⁹.

Європейські організації ФРМ в даний час залучені і бажають зробити більше для розвитку науково-дослідної діяльності, що представляє інтерес для осіб з обмеженнями життєдіяльності. Вони переконані, що майбутнє ФРМ – це дослідження!

Важливість реабілітаційних досліджень у встановленні потреб та цінності як сучасних, так і нових підходів до реабілітації

ФРМ повністю схвалила принципи доказової медицини, та дослідження в ФРМ зробили значній прогрес протягом останніх трьох десятиліть. У той час, як фізіологічні механізми дії фізичних функціональних модальностей традиційно були центром наукового інтересу протягом останніх десятиліть ХХ століття, збільшилася кількість проспективних випробувань, в яких оцінювалась клінічна ефективність реабілітації при багатьох захворюваннях, таких як поперековий біль, інсульт, травми головного і спинного мозку⁷⁸⁻⁸⁰, ревматоїдний артрит, серцево-судинні, легеневі та метаболічні порушення. Для більшості станів доступними є мета-аналізи та (між)національні настанови, клінічні протоколи, які надають рівні доказовості окремих втручань.

Доречність досліджень

Спеціальність спрямована на сприяння підвищеному інтересу та залучення до досліджень з реабілітації. Це призвело до збільшення кількості публікацій в міжнародних наукових журналах з високим рівнем впливу. Її бачення полягає в тому, що дослідження є необхідними для розуміння фундаментальних процесів реабілітації, зокрема, як люди набувають нових навичок та, як тканини тіла (напр. м'язи, або нейронні шляхи в центральній нервовій системі) можуть відновитися або адаптуватися до впливу наслідків травми або хвороби. Дослідження можуть також визначати захворюваність та поширеність обмежень життєдіяльності та визначати детермінанти як відновлення, так і здатності до змін, здобуття нових навичок і реагування на реабілітацію.

Нові технології виникають та мають бути адаптованими для використання особами з обмеженнями життєдіяльності. Реабілітаційні технології є однією з найважливіших і перспективних сфер досліджень сьогодні і в майбутньому. Тканинна інженерія та інші сучасні технології сприяють цій сфері. Витрати на охорону здоров'я і реабілітаційні послуги будуть збільшуватися, та політики будуть змушувати надавачів допомоги в охороні здоров'я обмежити свої витрати і показати, що вони ефективно організовують цю допомогу. Спеціальність ФРМ є надійним партнером у дискусії з пацієнтами, політиками, міністерствами охорони здоров'я та страховими компаніями, оскільки вона має здатність публічно ґрунтувати аргументи на достовірних доказах, які можуть забезпечити тільки дослідження.

Методологія досліджень в фізичній та реабілітаційній медицині: подолання розриву між біологією та поведінкою. Біомедицина та фізична та реабілітаційна медицина: наука ширша, ніж біологія

Здається, в медицині існує дві (не взаємовиключні) моделі: одна з них пов'язана з біомедициною, а інша представляє клінічну медицину, включаючи фізичну та реабілітаційну медицину (ФРМ)⁸⁰. Далі буде описано докладніше, що мається на увазі під термінами «Біомедицина» і «Клінічна медицина».

Домінуючою моделлю є біомедична – м'який варіант наукової парадигми, що датується XVII століттям, яка є редуccionістською та детерміністичною. Щоб зрозуміти ціле, необхідно розглянути його частини (редуccionізм, як в анатомії), і повинні бути виявлені загальні інваріантні закони, що регулюють взаємодії між частинами (детермінізм, як в фізіології). В принципі, будь-який «феномен» (що виникає, згідно з грецькою етимологією) є потенційно передбачуваним, оскільки відображає фізичні закони. Згідно до біомедичної моделі, одиницею спостереження не є людина: нею є частина людини (незалежно від того, орган або молекула). Уявимо собі градієнт, що рухається від молекул до людини, а потім до популяції. У «популяційній» крайності, сфера епідеміології, основною темою знову не є людина: людини виступають, як тиражовані індивідууми, властивості яких можливо підсумувати за допомогою вимірювань їх головних тенденцій (середнє значення, медіана).

Навпаки, модель клінічної медицини, на відміну від біомедичної моделі, визначає одну людину в цілому в якості первинного інтересу, і має за мету застосування персон-центричної допомоги з охорони здоров'я (включно зі спільним прийняттям рішень): її зв'язок з соціальними аспектами є невід'ємним. Іншими словами, дисципліни, що належать до клінічної медицині, такі як ФРМ, не обмежені будь-якими конкретними «частинами» організму та охоплюють взаємодію пацієнт-середовище (включно з відносинами пацієнт-терапевт і оптимальним збиранням побажань, цінностей і цілей пацієнта). Міжперсональні відносини (одне з «лікування та допомога») є переконливо унікальними, чутливими до емоційних і культуральних факторів і, відповідними до зростання так званої біопсихо-соціальної моделі медицини. Звичайно, унітарний «феномен» (хвора людина і його/її ознаки та симптоми) приховує проблеми в його/її біологічних частинах, але поведінка пацієнта також характеризується свободою і, отже, непередбачуваністю. Не зовсім чітке розуміння і «репарація» хворої людини є специфічною метою клінічної ме-

дицини, але для цього потрібно більш широкий підхід, ніж парадигма, що лежить в основі біологічних наук.

Цей розділ підтверджує науковий статус ФРМ, по суті клінічної медичної спеціальності, шляхом виділення специфіки її дослідницьких парадигм. ФРМ спрямована на посилення інтересу і залучення до досліджень з реабілітації, оскільки дослідження є необхідними для розуміння фундаментальних процесів реабілітації, таких як – *напр.* – як люди здобувають нові навички, або, як різні тканини в організмі (*напр.* м'язи або нервові шляхи) можуть відновлюватися після, або адаптуватися до наслідків травми або захворювання. Дослідження можуть також визначати захворюваність та поширеність обмежень життєдіяльності та станів, що призводять до обмежень життєдіяльності, а також нові технології реабілітації, що з'являються та повинні бути адаптовані для використання особами з обмеженнями життєдіяльності. Більше того, вартість послуг з охорони здоров'я та реабілітації постійно зростає, і політики змушують надавачів послуг з охорони здоров'я обмежувати свої витрати і показати, що вони ефективно організують цю допомогу. ФРМ є надійним партнером у дискусії з пацієнтами, політиками, міністерствами охорони здоров'я та страховими компаніями, оскільки вона має здатність публічно ґрунтувати аргументи на достовірних доказах, які можуть забезпечити лише дослідження.

Дослідження у ФРМ: одна і та ж гра, різні правила

ФРМ повністю схвалила принципи доказової медицини, та дослідження в ФРМ зробили значний прогрес протягом останніх десятиліть^{81,82}. В нашій сфері цей процес знань і прийняття рішень зазвичай намагається включити три невід'ємні позиції: найкращі наукові докази, спеціальний клінічний досвід, потреби і побажання пацієнтів. Цей процес є складним, оскільки ФРМ має свої корені в біології (глибоке знання анатомії людини, фізіології та різних патологій), але також розповсюджується до поведінкових наук⁸³. Така подвійна природа ФРМ є джерелом чарівності, але вимагає високої універсальності при проведенні досліджень залежно від розташування теми дослідження на дистанції біологія – поведінка. Вивчення впливу ударних хвиль на м'які тканини не вимагає того самого методу, який підходить для вивчення залежності в повсякденному житті, дефіциту уваги, болю, втоми або соціальної взаємодії у людей. Останні варіанти відносяться до людини в цілому; об'єкт спостереження є унітарним суб'єктом, що взаємодіє з спостерігачем. З цих причин реабілітаційним дослід-

женням не зручно поєднуватись з деякими стандартними підходами фундаментальних наук та біомедичними дослідницькими інтервенціями.

Більш того, поведінкові дослідження часто розглядаються – відповідно до редукціоністсько – детерміністичної моделі – як «якісні» з недоліком «суб’єктивність». І навпаки, немає причин, чому поведінка і сприйняття людини не повинні підлягати ретельному науковому дослідженню. Проте інструменти та методи повинні бути придатними для цілей дослідження.

Коротше кажучи, ключові відмінності між біологічними (біомедицина) і поведінковими (клінічна медицина) дослідницькими парадигмами пов’язані з: 1) змінними, що аналізуються; 2) статистичними методами і 3) дизайном випробувань⁸⁰.

Дослідження у ФРМ: дві сторони однієї монети

Таким чином, дослідження ФРМ використовують методи, що походять як з біомедичної сфери, так і з клінічних та поведінкових наук, з метою генерування корисних доказів високої якості. Біомедичні методи є вагомими та добре відомими, ґрунтованими на встановлених дисциплінах, та розповсюджуються від біомеханіки до нейрофізіології, від біохімії до епідеміології. І навпаки, методи, що надходять з клінічних і поведінкових наук, потребують підсилення специфічними дизайнами досліджень, та з гордістю стверджують, що є ключовим джерелом наукової ідентичності ФРМ. Більш широке розповсюдження цих проектів може також сприяти зміцненню комунікації та обміну знань з іншими не-медичними фахівцями, які також працюють з особами з обмеженнями життєдіяльності.

Навіть ім’я «Фізична і реабілітаційна медицина» потребує певного відображення⁸⁹: чи є прикметник «фізична» зайвим або обмежувальним? Зовсім ні, якщо цей термін пов’язаний з його грецької етимологією (*physis* означає «природу», всесвіт, до якої належить людство), як і в інших термінах, наприклад «лікар» (*physician*) або «фізіологія» (*physiology*). У цьому сенсі «фізичний» вказує на тип медицини, «яка практикується з зовнішнього світу, на людину в цілому» (згідно до біопсихосоціальної моделі медицини). З іншого боку, «реабілітація» вказує на мету, спрямовану на відновлення здатності людини (*напр.* найкращої можливої взаємодії з зовнішнім світом). Перетин між самими різними «фізичними» засобами та ціллю «реабілітації» є культуральним стовпом ФРМ. Проте, державні установи та надавачі часто шукають докази рентабельності реабілітації та зазвичай вимагають оцінки послуг в цілому, оскільки коман-

да, що займається терапією, повинна мати широкий спектр різних технік для задоволення різних потреб осіб у будь-якій групі пацієнтів. Це дійсно є причиною проблеми, оскільки практика фізичної та реабілітаційної медицини дає результати через низку втручань або взаємодію між ними. Демонстрація впливу одного реабілітаційного втручання не відповідає «реальному життю», і, хоча це важливо для визначення ефективних індивідуальних процедур, які повинні бути включені до реабілітаційної програми, це само по собі не може ефективно оцінити програму в цілому. На відміну від біомедичних досліджень, де єдине лікування, як правило, тестується на багатьох людях, у ФРМ для однієї особи зазвичай застосовуються кілька методів терапії. Таким чином, одиницею терапії і є «програма» в цілому. Це не повинно викликати суперечки. Вона повинна слідувати суворій логіці алгоритмів прийняття рішень: різні втручання повинні признаються окремих особам, але відповідно до відтворених правил. Підбиваючи підсумки, для розробки практичних настанов, важливо, щоб ФРМ визнавало також цінність динамічного навчання (за допомогою застосування так званого циклу «Планувати – Робити – Вивчати – Діяти») та рухалась в напрямку системних знань, узгоджуючи використання загальних наборів методів та заходів для розробки та поширення доказів⁸⁸. Таким чином, слід заохочувати специфічні дослідження (також запозичені з різних дисциплін, включаючи соціальні науки, а потім оптимізовані відповідно до дослідницьких вимог ФРМ), які використовують спеціальні правила та навички, що стануть компонентами для створення навчального плану ФРМ, їх слід заохочувати з культурно-політичної та фінансової точки зору.

Виклики доказової медицини в ФРМ

“Відсутність доказів не є доказом відсутності”⁹⁰. Ця провокаційна заява є однією з сторін монети в поточних дебатах з доказової медицини (ЕВМ). При більш уважному розгляді це означає, що відсутність зовнішніх доказів для окремих форм терапії не є доказом їх неефективності.

Отже, що є концепцією ЕВМ?

За словами піонерів ЕВМ Gordon Guyatt та David Sackett, співзасновників першої міжнародної робочої групи ЕВМ («робоча група медицини, заснованої на доказах»), ЕВМ є «сумлінним, чітким та обґрунтованим використанням наявних кращих доказів при прийнятті рішень про допомогу окремим пацієнтам». Практика доказової медицини означає інтеграцію індивідуального клінічного досвіду та цінностей пацієнтів з найкращими наявни-

ми зовнішніми доказами з систематичних досліджень⁹¹. Sackett продемонстрував, як ці три галузі ЕВМ формують оцінку методів терапії, та як вони мають бути оцінені для кожного конкретного пацієнта²⁴. (Малюнок 1)

Кращі зовнішні докази

ЕВМ оприлюднив ієрархію кращих дослідницьких доказів і класифікував їх відповідно до ступеня свободи від різних упереджень, пов'язаних з медичними дослідженнями. Про якість зовнішніх доказів можливо судити на різних рівнях:

- окремі дослідження;
- систематичні огляди та мета-аналізи;
- рекомендації і настанови.

Для кожного з цих рівнів були розроблені інструменти та методи оцінки. Щоб судити про якість окремого дослідження, були опубліковані контрольні листи пунктів для звітів випробувань, які допомагають вченим і клініцистам з оцінкою, наприклад, шкала Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Шкала PEDro базується на переліку Delphi, розробленому Verhagen та колегами в Department of Epidemiology, University of Maastricht⁹². Це перелік критеріїв для оцінювання якості рандомізованих клінічних випробувань для проведення систематичних оглядів, розроблених консенсусом Delphi^{93,94}.

В якості альтернативи Cochrane Collaboration просуває інструменти оцінки ризику упередженості в окремих дослідженнях. Ці інструменти оцінки, крім прийнятих схожих результатів, вносять вклад до формулювання систематичних оглядів та мета-аналізів. Незважаючи на це, систематичні огляди не класифікують загальну якість доказів по результатах. Оскільки систематичні огляди не роблять або, принаймні, не повинні робити рекомендації, якість доказів оцінюється лише для кожного результату окремо.

Тому слід враховувати прості системи градації, що оцінюють зовнішні докази з 1 по 4, як і критерії Оксфордського центру доказової медицини.

Нарешті, для отримання огляду всієї сукупності доказів з певної теми, результати можуть бути узагальнені і оцінені різними системами градації. Це завдання для панелей зі створення настанов, які повинні визначити загальну якість доказів через усі критичні результати, необхідні для рекомендацій, створених за їх допомогою. Панелі зі створення настанов надають єдину градацію якості доказів для кожної рекомендації, але сила рекомендації зазвичай залежить від доказів, що стосуються не лише одного, але і багатьох результатів, важливих для пацієнтів, та якості доказів для кож-

ного з цих результатів. Ця комплексна та багатовимірна оцінка потребує спеціальних інструментів оцінки.

Широко застосовувана методологія, яка також використовується Cochrane Collaboration, – це система Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)⁹⁵. Цей інструмент був розроблений для робочих груп експертів та наукових товариств для оцінки сучасних доказів та формулювання рекомендацій та пропозицій для клінічної практики⁹⁶.

Результатами в системі GRADE є сила рекомендацій і якість доказів.

Якість доказів класифікується як

- Висока: впевненість, що справжній ефект близький до передбачуваного ефекту;
- Помірна: помірна впевненість в передбачуваному ефекті. Справжній ефект, ймовірно, буде близьким до передбачуваного, але є ймовірність, що він буде значно відрізнятись;
- Низька: впевненість в передбачуваному ефекті обмежена. Справжній ефект може суттєво відрізнятись від передбачуваного;
- Дуже низька: дуже мало впевненості в передбачуваному ефекті. Справжній ефект, ймовірно, буде значно відрізнятись від передбачуваного ефекту.

Сила рекомендацій означає: сила рекомендації відіграє ступінь, в якій панель зі створення настанов впевнена, що бажані наслідки втручання перевищують небажані ефекти або навпаки, у діапазоні пацієнтів, для яких ця рекомендація є призначеною.

Система GRADE пропонує використовувати терміни «сильні та слабкі» рекомендації.

Сильна рекомендація – це та, для якої панель зі створення настанов впевнена в тому, що бажані ефекти втручання переважають його небажані ефекти (сильна рекомендація для втручання) або, що небажані ефекти втручання переважають його бажані ефекти (сильна рекомендація проти втручання). Примітка: сильні рекомендації не обов'язково є рекомендаціями з високим пріоритетом. Сильна рекомендація передбачає, що більшості, або всім людям найкраще буде слідувати рекомендованим курсом дій.

Слабка рекомендація є такою, для якої бажані ефекти, ймовірно, переважають небажані ефекти (слабка рекомендація для втручання) або небажані ефекти, ймовірно, переважають бажані ефекти (слабка рекомендація проти втручання), але існує помітна невизначеність.

Слабка рекомендація передбачає, що не всім людям буде краще всього слідувати рекомендованим курсом дій. Потрібно розглянути більш обережно, ніж зазвичай, обставини, переваги та

цінності окремих пацієнтів. За наявності слабких рекомендацій доглядачі повинні виділяти більше часу для спільного прийняття рішень, переконавшись, що вони чітко і всебічно пояснюють потенційні вигоди і шкоди пацієнту.

Отже, система GRADE не здійснює автоматичну оцінку РКД вище, ніж обсерваційні дослідження (як це робить Оксфордський центр доказової медицини). Наприклад, РКД можуть бути представлені в невідгданому світлі через ризик упередженості, неспрямованості, неточності і упередженості публікації. У той же час, обсерваційні дослідження можуть бути модернізовані за рахунок величини ефектів, дозо-залежності і пов'язаних елементів.

Надзвичайно важливим є, що система GRADE стверджує, що:

- клініцисти, пацієнти, платники – треті особи, комітети з інституційного огляду, інші зацікавлені сторони або суди ніколи не повинні розглядати рекомендації як наказ. Навіть сильні рекомендації на основі високоякісних доказів не застосовуватимуться до всіх обставин і до всіх пацієнтів;
- користувачі настанов можуть обґрунтовано зробити висновок, що виконання деяких рекомендацій, заснованих на доказах високої якості, буде помилковим для деяких пацієнтів. Ніякі клінічні настанови або рекомендації не можуть брати до уваги всі неповторні і унікальні особливості окремих пацієнтів і клінічних обставин. Таким чином, ніхто з відповідальних за оцінку дій клініциста, не повинен намагатися застосувати рекомендації чисто механічно, у вигляді шаблону.

Ситуація з фізичною та реабілітаційною медициною

Немає сумнівів щодо важливості та необхідності доказової медицини (ЕВМ) у позиціонуванні та розвитку спеціальності ФРМ. У минулому випробування високої якості, особливо рандомізовані контрольовані дослідження, були рідкісними, що призводило до домінування клінічного досвіду і цінностей пацієнтів. У ФРМ особливо, випробування на високому науковому рівні несуть багато викликів та дискусій, і тому їх важко виконати.

Виклики фізичної та реабілітаційної медицини

Природа спеціальності ФРМ принципово відрізняється від інших, наприклад, від внутрішньої медицини або навіть хірургії. Призначення ліків пацієнтам відносно легко стандартизувати, як щодо дозування, так й щодо відповідності, та осліплення може бути адекватно виконане.

Також хірургічні втручання дотримуються високостандартизованих процедур у відтворюваних умовах. Нещодавно дослідники навіть застосували фіктивне хірургічне втручання для контролю лікувальних ефектів (артроскопічна часткова менискотомія порівняльно з фіктивною операцією при дегенеративному розриві мениску).

Спеціальність ФРМ прийняла МКФ, як концепцію для її клінічної роботи (не застосовується для медичної діагностики, посилається на публікації клінічних випадків з візуалізацією, ультразвуком тощо). Це передбачає ряд впливових змінних, від структур та функцій організму та до особистих факторів та факторів середовища. Ця концепція відображає реальність пацієнта, але суперечить стандартизації процедур.

Багато інтервенцій ФРМ є неоднорідними у застосуванні, дозуванні (інтенсивність, тривалість, частота застосування) та індивідуальних перевагах, як для клініцистів, так і для пацієнтів. Фундаментальні експериментальні дані про ефекти втручання є рідкими. Це ускладнює розробку ефективного методу плацебо, якщо основний механізм не є зрозумілим. Часто сучасні та науково обґрунтовані знання про фізичні модальності походять від інших спеціальностей. Наприклад, дослідження, присвячені «сонопорації» (транспортування ліків через шкіру за допомогою ультразвуку) в даний час сильно підтримують вчені-онкологи. Цей науковий підхід забезпечує наукові моделі, які можуть бути легко прийняті для завдань ФРМ, *напр.* доставка ліків при м'язово-скелетних проблемах.

Кількість дослідників є відносно невеликою, хоча і швидко зростає.

Фінансування випробувань, особливо фундаментальних експериментальних досліджень, є занадто малим і не може зрівнятися з фармацевтичними випробуваннями.

Головним завданням у проведенні високоякісних клінічних випробувань є розуміння плацебо у нашій спеціальності. Fregni, Itamura з співавт. опублікували фундаментальний документ в результаті роботи International Placebo Symposium Working Group щодо рекомендацій та викликів для плацебо-контролю в ФРМ⁹⁷. Вони виявили кілька проблем, пов'язаних із застосуванням плацебо в клінічних випробуваннях у ФРМ. Деякі з них відображають структуру, концепцію та принципи роботи спеціальності.

- Розвиток плацебо і фіктивних пристроїв;
- Відсутність стандартів для втручань в ФРМ;
- Неоднорідність втручань через відмінності в навичках терапевта;
- Проблеми з адекватним маскуванням;

- Особиста взаємодія між терапевтом і пацієнтом;
- Особисті переконання, попередній досвід та мотивація;
- Малі обсяги ефектів;
- Тривалі спостереження;
- Відсутність підготовки для проведення клінічних досліджень;
- Використання медичних приладів.

Крім того, деякі клінічні стани просто не дозволяють використовувати плацебо або фіктивний пристрій.

Ці стани включають випробування, що тестують гідротерапевтичні втручання, ефективність протеза нижньої кінцівки або використання фіктивного ортезу для падаючої стопи.

Ще однією проблемою є використання комбінованих втручань. У клінічній практиці втручання ФРМ часто поєднуються одно з одним, або призначаються в поєднанні з медикаментозною терапією. Оскільки існує безліч можливостей поєднання втручань, у минулому не було можливості проектування клінічних випробувань всіх можливих комбінацій. Ці дизайни роблять інтерпретацію кожного окремого методу дуже складною. Часто залишається питання, чи впливають інтервенції, які використовуються, одна на одну. Більш того, лікарі ФРМ, більш ніж в інших спеціальностях, часто мають справу з пацієнтами з багатьма хворобами. З очевидних причин проектування та проведення адекватних досліджень з відповідними учасниками може бути дуже проблематичним.

Багато з вищезгаданих причин обумовлюють той факт, що неадекватний дизайн дослідження, невелика кількість учасників, різні дизайни для паралельних груп та недостатнє осліплення та плацебо контроль обумовили, серед іншого, нижчу якість випробувань, особливо в порівнянні з фармакологічними дослідженнями. Згодом дослідження, проведені в минулому в нашій галузі, часто не включалися до мета-аналізів, відповідно, багато наших специфічних методів лікування не мають більш високого ступеня доказів. Як наслідок, це призводить до погіршення визнання клініцистами та дослідниками у науковій спільноті та недостатнє представлення в підручниках ЕВМ. За часів зростаючих фінансових скорочень можуть виникнути тенденції зловживати цією «відсутністю доказів» з боку зацікавлених сторін систем охорони здоров'я для зниження витрат. З цього ставлення може відбутися значний тиск з боку охорони здоров'я щодо нефінансування діагностичних та терапевтичних процедур у сфері ФРМ.

Окрім методологічних недоліків у дослідженнях ФРМ, різниця між органною медициною та ФРМ також зміцнюється тим, що на першу знач-

ною мірою впливають інтереси виробників, що може пояснити ці різноманітні рівні доказових знань⁹⁸.

Як вирішити ці проблеми

На щастя, протягом останніх десятиліть були здійснені значні зусилля для збільшення кількості високоякісних досліджень та РКД у цій сфері. Був досягнутий прогрес в розробці дизайну досліджень і статистичної методології. Також на результати впливають критерії включення та виключення в оглядах. Одним із прикладів такого впливу високоякісних досліджень, що впливають на результати мета-аналізу, є нещодавнє друге оновлення Кокрановського огляду щодо черезшкірної електростимуляції нерву (TENS) при гострому болю. В останні роки дані були недостатніми для підтримки ефективності застосування TENS при гострому болю. Збільшивши кількість високоякісних РКД та виключивши дослідження з недостатньою дозою TENS, Кокранівський висновок попередньої рекомендації щодо використання TENS було оновлено⁹⁹.

Покращення стандартів у дослідженнях фізичної та реабілітаційної медицини

Основним шляхом для покращення оцінки ФРМ є якісне та кількісне покращення клінічних досліджень, як на рівні фундаментальної науки в лабораторіях, так і на клінічному рівні.

Останнє робить сьогодні проведення високоякісних клінічних випробувань, таких, як рандомізовані клінічні випробування з плацебо контролем, або симуляцією, обов'язковим. Тільки ці випробування мають шанс бути включеними до мета-аналізів, *напр.* Кокранівських оглядів, що забезпечують основу рекомендацій та настанов. Це важливо, оскільки клінічні рекомендації та настанови впливають на медичну освіту, забезпечуючи впровадження до повсякденної клінічної практики.

Створення якісних дизайнів досліджень, специфічних для ФРМ

По суті, не слід помилятися, якщо переносити всі принципи високоякісних випробувань фармако-терапії безпосередньо до сфери ФРМ. Необхідно враховувати кілька відмінностей, що вимагають специфічної концепції подвійних сліпих рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) у сфері ФРМ. Взагалі, науковці доклали зусиль щодо розробки рекомендацій, які визначають різницю між фармакологічними та не фармакологічними випробуваннями та сприяють рекомендаціям, щодо їх проведення¹⁰⁰. Ця група також надає рекомендацій

щодо підготовки дизайну та реалізації з урахуванням природи не фармакологічних випробувань.

Стандартизувати втручання

Втручання в ФРМ зазвичай не є однорідними. Відповідальними за це є відсутність фундаментальних наукових даних, вподобання пацієнтів та клініцистів, рекомендації виробників тощо. Як приклад – для нервово-м'язової електричної стимуляції м'язів-розгиначів при остеоартрозі коліна, оприлюднені безліч амплітуд, частот, розмірів та розміщень електроду. Дотепер лише кілька оглядів робили спроби визначити параметри, які забезпечують найкращі клінічні ефекти втручання¹⁰¹. Ця стандартизація необхідна для проведення випробувань із втручаннями, які можливо порівняти.

Для стандартизації терапевтичних втручання можуть бути прийняті рекомендації та настанови суміжних наукових товариств. *Напр.* American Heart Association та American College of Sports Medicine опублікували чіткі рекомендації щодо призначення терапії з вправами для різних груп хворих¹⁰². Ці настанови повинні бути прийняті ФРМ, як стандартні процедури.

Представництво ФРМ в «світі доказової медицини»

Дотепер спеціальність ФРМ не була чітко і однозначно представлена в різних базах даних ЕВМ. Хтось шукав «фізіотерапію», «фізичну терапію», «реабілітацію» або «вправи», щоб знайти дані ЕВМ в нашій сфері. Запуск Кокранівської ФРМ сфери – це важливий крок для подолання цієї проблеми. У межах Кокранівських сфер і мереж Кокранівську реабілітаційну сферу було створено в 2016 році і вона може слугувати сферою, метою якої є функціонування, як міст між зацікавленими сторонами та Cochrane¹. Наявні докази щодо реабілітації будуть розповсюджуватись для різних зацікавлених фахівців охорони здоров'я за допомогою освітніх, комунікаційних або публікаційних стратегій. Також будуть розглядатись методологічні проблеми.

Передача наукових знань до клінічної практики

Після передачі цих знань до клінічної практики важливо передати докази та настанови. Особливо в ФРМ, це не тільки включає лікарів ФРМ, але, більш того, всю реабілітаційну команду. Це підкреслює важливість спеціаліста ФРМ, як лідера терапевтичної команди, яка, відповідно, промотує процедури, що базуються на доказовій медицині, до терапевтичного та реабілітаційного

процесу. Це вимагає належних комунікативних навичок для переконання всіх членів команди та впровадження цього до повсякденного життя.

В якості підтримки можливе створення національних робочих груп для сприяння цьому процесу.

Висновок

ЕВМ є частиною сучасної медицини, а отже, і частиною ФРМ. Тим не менше, ми повинні бути свідомі, що ЕВМ часто зводиться до зовнішніх доказів на основі мета-аналізів та рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень. Дослідження у ФРМ не можна порівнювати з фармацевтичними. Відповідно до цілісного підходу до пацієнтів, має бути реалізована концепція цілісного дослідження, від фундаментальних досліджень до мета-аналізів, що відображає структуру ФРМ. В якості важливого кроку вперед, створення Кокранівської реабілітаційної сфери дасть можливість не тільки публікувати, в подальшому, огляди за важливими темами, але й впровадити принципи і цінності ФРМ в спільноті ЕВМ.

Дослідницька підготовка

Більшість молодих лікарів, що навчались у Європі, проходили небагато, або зовсім не проходили формального навчання методології досліджень. Тільки меншість студентів залучались до фактичних дослідницьких проектів під час навчання, та, зазвичай, випадково. Проте, ситуація в багатьох країнах поступово поліпшується завдяки введенню кафедрами компоненту фундаментальних досліджень до програми додипломного медичного навчання, а також до післядипломної програми. Це надає вікно можливостей для дисципліни Фізична та Реабілітаційна Медицина (ФРМ), оскільки багато студентів дуже зацікавлені в участі у клінічних проектах, як це відбувається в нашій області, і можливість брати участь у дослідженнях, ймовірно, є сильним мотивуючим фактором.

Тому рекомендується, щоб академічні вчителі та старші колеги, які мають академічний інтерес до ФРМ, пропонували студентам-медикам можливість брати участь у поточному реабілітаційному проекті, залучаючи їх не тільки до збирання даних, але й для аналізу даних та, навіть, розробки наукового тексту. Необхідно вимагати, щоб долучення до дослідницької підготовки стало обов'язковою частиною післядипломної підготовки з ФРМ. Це у подальшому може призвести до можливості залучення таких молодих співробітників до дисертаційної діяльності в галузі фізичної та ре-

Таблиця І.

Таблиця ІА підсумовує основні відмінності. «Змінні», пов'язані з людиною, є так званими «латентними» змінними або «рисами»⁽⁸⁴⁾. Їх не можна повністю спостерігати, вони не є «маніфестними»: в людині приховані незалежність, біль, втома, рівновага, мовні навички тощо. Висновки щодо їх присутності і їх кількості можливо зробити тільки з поведінки представника, яку можливо спостерігати. Зазвичай, вони вибираються і перераховуються, як пункти в кумулятивних опитувальних листах або шкалах. Величина змінної відображається за порядковим, цілочисельним значенням (також звані «первинними даними», *напр.* оцінка незалежності, отримана за шкалою Functional Independence Measure). Побудова та валідація вимірювань результатів є основою методології дослідження ФРМ, не менш, ніж біомеханічні та нейрофізіологічні методи. Ця наукова сфера називається психометрією, яка пов'язана з її походженням на початку ХХ століття з вивчення «психологічних» феноменів; однак, перевага має бути надана терміну «персональні показники».

Таблиця ІБ підсумовує специфіку статистичних аналізів, призначених для вимірювання «латентних змінних». Це властивості, «приховані» в людині (такі як знання, сприйняття, здатності, настрої тощо), які можуть бути виведені тільки з поведінки представника. Як тільки потрібна змінна є визначеною, побудова шкали набуває пріоритетності. Методи побудови та валідації цих інструментів є складними і вимагають не тільки клінічних і математичних навичок, але й глибокої гносеологічної рефлексії (для створення шкал, що відображають реальні, існуючі, хоча і приховані, змінні). Ключовим моментом є валідність первинних даних, як оцінок: дійсно, первинні дані, використані для елементів (*напр.* 0 / 1: відсутність / наявність, 0 / 1 / 2: немає / помірно / інтенсивно тощо) – це всього лише підрахунок спостережень (*напр.* скільки разів трапляється спостереження 0, ніж 1 тощо), але вони не говорять нам, ані «наскільки більше» значить змінна «присутність» порівняльно з «відсутністю», ані наскільки більше змінна «помірно» значить порівняльно з «відсутній», і наскільки «менше» це значить порівняльно з «інтенсивно». Потрібне складне математичне моделювання (*напр.* аналіз Раша), глибоко вкладене в культуру ФРМ⁽⁸⁵⁾ не лише в парадигмах освітніх та соціологічних досліджень.

Після того, як будуть зроблені відповідні вимірювання належних змінних, приходить час традиційної статистики. Спрощуючи тему, статистичні моделі здебільше намагаються відповісти на критичне запитання: чи є певна різниця (між групами, перед після лікування тощо) такою, що спостерігається лише випадково? У звичайній «біо-медичній» статистиці рівень достовірності значимості часто є кінцевим критерієм: якщо ця різниця може спостерігатися випадково за межами довільного відсотка потенційних реплікацій одного виміру (як правило, 5%, тобто $p = 0,05$), результати вважаються «недостовірними». Ця парадигма відхилення гіпотези Неймана-Пірсона найкраще застосовується до індексів основної тенденції в популяціях (зазвичай середніх значень і медіан) і дає захист від хибно-позитивних результатів (тобто тих, які можуть виходити з чистої випадковості). Але, перше, зі збільшенням числа спостережень реальний захист від хибнопозитивних результатів парадоксально зменшується: у великих вибірках нерелевантні відмінності можуть легко стати статистично «достовірними», незважаючи на те, що вони є маргінальними або марними в клінічній практиці. По-друге, чим більше ви захищені (що стосується невеликих зразків), то більше справжніх позитивних результатів буде також відхилено. Тому зростаючий інтерес може спостерігатися для оцінки «потужності» (ймовірність виявлення справжніх позитивних результатів) і «розміру» вибірки, і в кінцевому підсумку, клінічної «важливості» ефектів разом з їх p - базованою достовірністю (Табл. ІБ).

У той же час доступні інші складні статистичні підходи, і їх використання зростає в літературі з ФРМ, з тим, щоб зрозуміти зміни у окремих осіб (а не тільки в популяціях). Прикладом є пошук для: а) «мінімальної зміни, що виявляється» (МЗВ, також називається «мінімальна реальна різниця»), тобто найменша зміна (*напр.* до та після лікування), яка, ймовірно, відображає справжню зміну, а не тільки помилку вимірювання в окремих осіб. Його значення пов'язано з індексами відтворюваності і статистичними моделями на основі розподілу; і б) «мінімальна клінічно важлива відмінність» (МКВВ), що представляє найменшу зміну вимірювання, яка повинна вважатися значимою відповідно до клінічних критеріїв (пов'язане із зовнішнім судженням, що має на увазі статистичні моделі на основі прив'язки) і має бути еквівалентним або вище ніж МЗВ.

Таблиця ІВ ілюструє третє та останнє правило гри, яке слід розглянути, тобто дизайн дослідження. Знову спрощуючи цю наукову тематику, можна стверджувати, що дизайн дослідження має за мету оцінити силу причинно-наслідкових зв'язків між лікуванням та результатом. Чим більше є стійкість причинного висновку, тим більше можливо говорити, що результат, який спостерігається, може вважатися дійсним результатом. Статистика показує, чи не є результат випадковим; дизайн дослідження підтримує ваше твердження, що причиною є те, що ви вважаєте. Іншими словами, дизайн дослідження прагне вирішити неминучу «проблему пояснення третьої змінної» (тип змішування, в якому «третья» змінна – фактично, одна, або кілька інших, часто, непередбаченою – призводить до помилкового причинного зв'язку між двома іншими). Для процедур дослідження можуть бути застосовані різні форми контролю, щоб мінімізувати роль «третьої змінної»; архетип цих процедур – це рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження (РКД). Ця практика є корисною, необхідною та реальною в деяких областях ФРМ. Але, як показує табл. ІВ, з багатьох причин такі дизайни можуть бути непрактичними при проведенні поведінкових досліджень. Часто поєднання експериментальних, не експериментальних та якісних дизайнів може забезпечити науково обґрунтований аналіз ефективності в реабілітації. Наприклад, доступні вдосконалені «квазі-експериментальні» парадигми досліджень походять з психологічних і соціальних досліджень⁽⁸⁶⁾, включаючи дизайни одного випадку, дослідницькі дизайни часових рядів, дизайни Small-N та інші спеціальні спостережні дизайни (*напр.* так звані дизайни досліджень доказів на основі практики)⁽⁸⁷⁾. Ці дизайни можуть представляти собою правильне рішення для дослідницьких питань, які не можуть бути розтягнуті за довільним стандартом, до якого примушується точна відповідність (як у міфі про прокрустове ліжко), *напр.* дизайни РКД. Звичайно, систематичні огляди та пов'язані з ними методи складання практичних рекомендацій мають бути більш чутливими до доказів, які не є результатами РКД, для того, щоб дійсно визначити і правильно оцінювати найкращі докази для клінічної практики^(82, 88). Наприклад, добре проведені когортні, кореляційні або порівняльні дослідження можуть дати інформацію, яка більш застосовна для практики, ніж пояснювальні РКД з вузькими критеріями включення.

Клінічна медицина (включно із ФРМ)	Біомедицина
а) змінні	
<p>Поведінкові; властивості людини в цілому (<i>напр.</i> незалежність, втома, біль, рівновага, спілкування тощо); часто описуються пунктами опитувальників, оцінюються спостерігачем (іноді самим суб'єктом). «Латентні». Можуть спостерігатись не цілком або безпосередньо. Їх кількість може бути виведена тільки з показників підрахунків поведінки, що представляють властивість суб'єкта (<i>напр.</i> підрахунок відповідей опитувальника може вказувати більш-менш на незалежність у повсякденному житті, втому, біль тощо).</p> <p>«Вимірювання» є порядковими, дискретними (підрахунки подій). Кожна відповідь може вважатися «ще однією», але її «вага» є невідомою. Серйозні нелінійності та помилки впливають на суми підрахунків, що враховуються, як представники реальної «кількості».</p>	<p>Властивості частин людини (<i>напр.</i> температура шкіри, артеріальний тиск, швидкість провідності по нервах, аналізи крові, комп'ютерна томографія тощо).</p> <p>«Маніфестні»: їх кількість цілком відкрита для спостереження.</p> <p>Безперервні, лінійні вимірювання. Висока точність і надійність завдяки інструментальним вимірам.</p>
б) Статистика	
<p>Для оцінки лінійних заходів і помилок первинних даних необхідні статистичні моделі (<i>напр.</i> аналіз Раш).</p> <p>Унікальність людини. Усереднення може бути сумнівним. Похибка індивідуального виміру не може вважатися рівною похибці оцінки середньої.</p> <p>Індивідуальні особливості є суттєвими (<i>напр.</i> при прийнятті рішення про лікування).</p> <p>Результатом часто є перервані події (<i>напр.</i> повернення до роботи, виписка додому тощо).</p> <p>Логістична регресія та моделювання на основі взаємодії (<i>напр.</i> аналіз виживання, нейронні мережі, дерева класифікації та регресії) є більш доцільними, ніж звичайні статистичні дані ANOVA або регресії, засновані на «основних» ефектах середніх.</p> <p>Ефекти розмірів помірні, розміри вибірки невеликі, побічні ефекти помірні. Статистика повинна також вказувати на силу (підвищення істинного позитивного ризику). Достовірність просто запобігає хибно-позитивним висновкам, але може приховувати справжні позитивні висновки не менш, ніж достовірність.</p> <p>Необхідно оцінити внутрішню точність інструменту для оцінки індивідуальних змін (мінімальна зміна, що виявляється; мінімальна клінічно важлива відмінність).</p>	<p>Одиниці виміру мають зазначену валідність (<i>напр.</i> одиниці довжини, ваги, напруги, часу).</p> <p>Середні і медіани оточені похибками меншими, ніж окремі вимірювання. Висновки можуть бути зроблені на основі встановлених параметрів (<i>напр.</i> нормального розподілу, довірчих інтервалів тощо).</p> <p>Результати зазвичай є безперервними або дискретними (підрахунки). Встановлені моделі, застосовні до середніх, можуть застосовуватися до припущень (<i>напр.</i> ANOVA, множинна регресія) і ідентифікації «латентних» змінних (<i>напр.</i> процедури аналізу факторів).</p> <p>Розміри ефектів потенційно великі. Побічні ефекти потенційно шкідливі. Захист від хибно-позитивних результатів (достовірність) зазвичай має пріоритет.</p> <p>Результати в основному даються, як зміни на сукупному, а не на індивідуальному рівні.</p>
в) Дизайн дослідження	
<p>Взаємодію пацієнта і клініциста часто слід розглядати, як джерело ефективності, а не похибки вимірювання. Ефективна рандомізація та засліплення не завжди застосовні. Часто є необхідними квазі-експериментальні дизайни.</p> <p>Однокомпонентні, лікування зі стандартним дозуванням рідко застосовуються. Більше та різних лікувань призначаються окремим індивідуумам. Повинні бути розроблені стандартні дерева прийняття рішень (програми), а ні стандартні методи лікування.</p>	<p>Основна увага в дослідженні приділяється середнім / медіанам. Зазвичай застосовується контроль рандомізацією та засліпленням.</p> <p>Зазвичай застосовуються однокомпонентні, стандартні дози лікування.</p>

білітаційної медицини. Ми нещодавно отримали декілька таких прикладів зі Швеції^{103,104}.

Проте, життєво важливим для дослідницької підготовки в ФРМ є розвиток академічних центрів з достатньою стійкістю і критичною масою, щоб дозволити продовження безперервного та яскравого наукового діалогу та продукції. Ці центри повинні містити кілька постійних дослідницьких посад, необхідні лабораторні функції та технічний персонал. Вони завжди повинні бути пов'язані з клінічним відділенням для сприяння взаємодії між практикою та дослідженнями та уможливлення трансляційних досліджень. В теперішній час в Європі розподіл академічних посад в ФРМ є дуже неоднорідним, враховуючи, що 47 та 46 кафедр ФРМ можна відповідно знайти у Франції¹⁰⁵ та Італії¹⁰⁶, проти однієї в Німеччині, і тільки декількох в Великій Британії.

Зниження академічного потенціалу ФРМ разом зі скороченням дослідницького персоналу, обладнання, приміщень та технічної підтримки в багатьох державних академічних закладах, викликане фінансовою кризою в європейських країнах, представляє дуже серйозну загрозу для забезпечення адекватної освіти і навчання спеціалістів ФРМ, а також для просування досліджень в області реабілітації і доказової практики. Академічні установи та, більш того, організації охорони здоров'я та національні фінансові агенції повинні інвестувати у створення нових реабілітаційних дослідницьких програм, або посилення існуючих, усвідомлюючи головну роль, яку відіграє реабілітація для глобального покращення здоров'я населення в європейському суспільстві, яке, за стверджується, є інклюзивним, інноваційним і рефлексивним¹⁰⁷.

Сьогодні частини інфраструктури, необхідної для досліджень, такі, як доступ до наукової бібліотеки та до більшості наукових журналів, можуть бути вирішені шляхом контакту через Інтернет. Також необхідним є проведення регулярних дискусій з досвідченими супервізорами, і це також може відбуватися, принаймні частково, через Інтернет. Це означає, що можливим є, як було зроблено в Данії, проведення досліджень з реабілітації “над поверхнею” країни, а ні в одному центрі¹⁰⁸. Такі організації можуть також мати перевагу спрощеного дозволу для багатоцентрових досліджень через складність набору великих однорідних груп пацієнтів.

Для розвитку відповідної якості отриманих даних досліджень необхідно також забезпечити більше формальної підготовки дисертантів з методології досліджень. Таке навчання зазвичай є доступним на медичних факультетах, орієнтованих на дослідження, в формі курсів зі статистики,

етики, дизайну досліджень, користуванні бібліотекою і написанні наукових праць.

Також були організовані курси з реабілітаційних досліджень, спеціально націлені на європейських дисертантів, зазвичай у співпраці між двома європейськими університетами. Такі тижневі курси не тільки сприяють зустрічам та взаємодії дисертантів з реабілітації з різних європейських університетів, але також дають основу для створення мережевої взаємодії для майбутніх досліджень. Структура цих курсів дотримується Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я¹⁰⁹ ВООЗ, з розділами з методології оцінки уражень¹¹⁰, для оцінювання активності та для оцінювання участі. Акцент було зроблено на дизайні контрольованих досліджень, підкреслюючи необхідність обчислення продуктивності та необхідності незалежних спостережачів. Оскільки багато важливих інструментів, що використовуються в реабілітаційних дослідженнях, продукують ординарні дані, акцент в статистичній частині курсу був зроблений на аналізі Rasch та інструментах, які пройшли такий аналіз¹¹¹. Всім дисертантам, що беруть участь в курсах, було запропоновано зробити і принести постер з деякими зі своїх власних даних, і ці постери обговорювалися серед учасників і викладачів протягом постерних сесій, які дуже добре сприймалися. Сподіваємось, що ці курси будуть надалі вдосконалюватися і включатимуть специфічні підгалузі, такі як дослідження з реабілітації пацієнтів з спинно-мозковими травмами, дослідження, пов'язані з черепно-мозковою травмою, інсультом та м'язово-скелетними станами.

Навчання для дослідження

Є добре відомим, що лікарі, які також працюють, як академічні фахівці, мають три основні ролі. Перш за все, вони повинні забезпечити найкращу допомогу в охороні здоров'я своїм пацієнтам. По-друге, вони повинні навчати резидентів/студентів, і, наприкінці, але не в останню чергу, вони повинні проводити дослідження. З одного боку, ці три кроки, здається, шикуються в порядку зменшення важливості. При цьому, в еру доказової медицини¹¹² жоден лікар не має права вважатися «експертом» і обходити необхідність займатися дослідженнями. Крім того, якщо хтось вважає, що він/вона лікує його/її пацієнтів належним чином, їм потрібно спочатку довести це (дослідження), переконати інших (експертна оцінка), а потім пояснити/поділитися «методом» (наукова публікація). Таким чином, інші колеги будуть користуватися «методом» і, ймовірно, підвищать ефективність

своїх втручань, оскільки ми є лікарями, які мають справу з людьми.

Відповідно, підготовка лікарів фізичної та реабілітаційної медицини обов'язково повинна бути дослідницькою. Такий підхід також має вирішальне значення для зміцнення “основ” фізичної та реабілітаційної медицини. Стосовно до потенційних загроз для спеціальності ФРМ, як (*напр.* відсутність чітких доказів щодо ефективності деяких реабілітаційних процедур або деяких перетинів з іншими м'язово-скелетними сферами), ми повинні сприяти дослідженням. Цього можна досягти завдяки безліччю інструментів оцінювання, що використовуються лікарями ФРМ. Вони включають ультразвукову візуалізацію, ізокінетичні системи, електроміографію, реєстрацію моторних викликаних потенціалів, аналіз ходьби або інші технології, які детально оцінюють різні параметри структури і сили/функції м'язово-скелетної системи¹¹³. Слід мати на увазі, що кількісне визначення означає нові дані, які можуть прояснити питання, незрозумілі раніше.

Збільшення кількості досліджень/публікацій у галузі фізичної та реабілітаційної медицини в останні роки, здається перспективним^{114,115}. При цьому слід зазначити, що наявність широкого спектру дослідницьких областей, починаючи з валідації інструментів оцінювання, до визначення прогностичних факторів та до створення новітніх реабілітаційних технологій, зокрема при цілому ряді нервових та м'язово-скелетних захворювань (*напр.* інсульт, спинномозкова травма, остеопороз, ревматичні захворювання тощо) – є дуже корисною⁷⁵. Аналогічно, в залежності від індивідуальних професійних культур або інтересів та місцевих умов (клінічний заклад, популяція пацієнтів тощо), лікарі ФРМ проводять різноманітні дослідження, які також віддзеркалюються на науковому результаті. Важливо відзначити, що, при виконанні відповідного пошуку в Web of Science, публікації з ФРМ можуть бути знайдені в різних категоріях журналів, інших, ніж реабілітація (*напр.* клінічна неврологія, ревматологія, спортивні науки, ортопедія) (Таблиця ІА). Аналогічний пошук також може дати уявлення щодо країн (Таблиця ІБ) та журналів з високим рейтингом у категорії реабілітації (Таблиця ІВ). Зауважуємо, що під час цього пошуку в якості ключових слів в адресному розділі Web of Science використовувалися «rehabil* та med*» задля уникнення виключення авторів, які вказали свою адресу приналежності, не використовуючи слово «фізична медицина», а також щоб уникнути первинного включення немедичних фахівців охорони здоров'я, які працюють в реабілітаційних науках. Беззаперечно, цей тип пошуку може бути використаний лише для того, щоб мати загальну ідею – не для точного глибинного аналізу.

На закінчення, обсяг досліджень в нашій області зростає, і це, здається, відбувається швидше, ніж зростання кількості сторінок, доступних в журналах з реабілітації.

Посилання

1. Negrini S., Kiekens C., Levack W., Grubisic F., Gimigliano F., Ilieva E., et al. Cochrane physical and rehabilitation medicine: a new field to bridge between best evidence and the specific needs of our field of competence. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Jun;52(3):417–8.
2. Negrini S., Minozzi S., Taricco M., Ziliani V., Zaina F. A systematic review of physical and rehabilitation medicine topics as developed by the Cochrane Collaboration. *Eur Medicophysica.* 2007 Sep;43(3):381–90.
3. Cochrane Rehabilitation. Evidence [Internet]. 2017. Available from: <http://rehabilitation.cochrane.org/evidence>
4. Stucki G., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2007 May; 39(4):286–92.
5. Gutenbrunner C., Meyer T., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):760–4.
6. Ceravolo M.G. Curriculum for the Education of Specialists in Physical and Rehabilitation Medicine. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 9 of current 3rd edition.
7. Stucki G., Grimby G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a comprehensive structure from the cell to society. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):293–8.
8. Stucki G., Reinhardt J.D., Grimby G., Melvin J. Developing “Human Functioning and Rehabilitation Research” from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med.* 2007 Nov; 39(9):665–71.
9. Negrini S., Reinhardt J.D., Stucki G., Giustini A. From Bruges to Venice 1: towards a common structure for international Physical and Rehabilitation Medicine Congresses. *J Rehabil Med.* 2009 Mar;41(4):297–8.
10. Gutenbrunner C., Reinhardt J.D., Stucki G., Giustini A. From Bruges to Venice 2: towards a comprehensive abstract topic list for international Physical and Rehabilitation Medicine Congresses. *J Rehabil Med.* 2009 Mar;41(4):299–302.
11. Nugraha B., Paternostro-Sluga T., Schuhfried O., Stucki G., Franchignoni F., Abdul Latif L., et al. Evaluation of the topic lists used in two world Congresses (2015 and 2016) in Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med* 2017;49:469–74
12. Stucki G., Cieza A., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):279–85.
13. Reinhardt J.D., Hofer P., Arenz S., Stucki G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part III: Scientific journals. *J Rehabil Med.* 2007 May; 39(4):308–22.
14. Stucki G., Giustini A. European Physical and Rehabilitation Medicine journals in concert: a European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM) initiative. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008 Sep;44(3):229–35.
15. Stucki G., Reinhardt J.D., von Groote P.M., DeLis J.A., Imamura M., Melvin J.L. Chapter 2: ISPRM's way forward. *J Rehabil Med.* 2009 Sep;41(10):798–809.
16. Fineberg H.V. Science and medicine in the 21st century: opportunities for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005 Dec; 84(12):928–31.

17. Frontera W.R., Fuhrer M.J., Jette A.M., Chan L., Cooper R.A., Duncan P.W., et al. Rehabilitation Medicine Summit: building research capacity. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005 Dec; 84(12):913–7.
18. Stucki G., Celio M. Developing human functioning and rehabilitation research. Part II: Interdisciplinary university centers and national and regional collaboration networks. *J Rehabil Med.* 2007 May; 39(4):334–42.
19. Stucki G. Developing human functioning and rehabilitation research. Part I: Academic training programs. *J Rehabil Med.* 2007 May; 39(4):323–33.
20. Negrini S., Kiekens C., Meerpohl J.J., Thomson D., Zampolini M., Christodoulou N., et al. Contributing to the growth of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM): call for a Cochrane Field in PRM. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015 Jun; 51(3):239–43.
21. Stucki G., Bickenbach J., Negrini S. Methodological notes on applying the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Feb;53(1):132-133.
22. Delarque A., Michail X., Christodoulou N. The action plan of the UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board 2008-2010. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2009 Jun;45(2):265–70.
23. Gutenbrunner C., Lemoine F., Yelnik A., Joseph P.-A., de Korvin G., Neumann V., et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Jul;54(5):298–318.
24. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
25. Prats M., Kerzouf M., Bensoussan L., Agresti J.-P., Delorge B., Viton J.-M., et al. A census of students with disabilities and the support provided at the University of Aix-Marseille. *Int J. Rehabil Res* 2015 Sep;38(3): 195–8.
26. Negrini S., Padua L., Kiekens C., Michail X., Boldrini P. Current research funding methods dumb down health care and rehabilitation for disabled people and aging population: a call for a change. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014 Dec; 50(6):601–8.
27. European Commission – Research & Innovation. H2020. National Contact Points [Internet]. Available from: http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/support/national_contact_points.html
28. European Commission – Horizon 2020. Marie Skłodowska-Curie Actions (including Cofund schemes) [Internet]. Available from: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/> and <http://ec.europa.eu/research/mariecurieactions/>
29. European Commission. Euraxess. Researchers in Motion [Internet]. Available from: <https://euraxess.ec.europa.eu/>
30. Wings for Life [Internet]. Available from: <http://www.wingsforlife.com/en/>
31. Christopher and Dana Reeve Foundation – Research [Internet]. Available from: <https://www.christopherreeve.org/research>
32. Max-Planck-Gesellschaft. Max Planck Institutes [Internet]. Available from: <https://www.mpg.de/institutes>
33. Science Europe – Shaping the future of research. European Research Funding Organisations (RFO) and Research Performing Organisations (RPO) [Internet]. Available from: <http://www.scienceeurope.org/>
34. De Dominicis L., Pérez S.E., Fernández-Zubieta A. European university funding and financial autonomy. A study on the degree of diversification of university budget and the share of competitive funding [Internet]. Available from: <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC63682.pdf>
35. Groupe UGECAM. [Internet]. Available from: <http://www.groupe-ugecam.fr/>
36. Foundation Don Gnocchi. [Internet]. Available from: <http://www.dongnocchi.it/>
37. Council of Europe, COE. Additional protocol to the convention on Human Rights and Biomedicine, concerning biomedical research [Internet]. Available from: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/195>.
38. IASP International Association for the Study of Pain. IASP Guidelines for the Use of Animals in Research [Internet]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1217>.
39. European Commission – Environment. Animals used for scientific purposes. Protection of animals in research [Internet]. Available from: http://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/index_en.htm.
40. Dunn A.G., Coiera E., Mandl K.D., Bourgeois F.T. Conflict of interest disclosure in biomedical research: A review of current practices, biases, and the role of public registries in improving transparency. *Res Integr Peer Rev.* 2016;1.
41. NCBI – Bookshelf. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Lo B., Field M.J., editors. Washington, DC: National Academies Press, 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>
42. Brænd A.M., Straand J., Jakobsen R.B., Klovning A. Publication and non-publication of drug trial results: a 10-year cohort of trials in Norwegian general practice. *BMJ Open.* 2016 Apr 11;6(4):e010535.
43. Palazzo C., Ravaud J.-F., Trinquart L., Dalichampt M., Ravaud P., Poiraudou S. Respective contribution of chronic conditions to disability in France: results from the national Disability-Health Survey. *PloS One.* 2012;7(9): e44994.
44. Negrini S. Steady growth seen for research in physical and rehabilitation medicine: where our specialty is now and where we are going. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2012 Dec;48(4): 543–8.
45. Mimouni M., Cismariu-Potash K., Ratmansky M., Shaklai S., Amir H., Mimouni-Bloch A. Trends in Physical Medicine and Rehabilitation Publications Over the Past 16 Years. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Jun;97(6):1030–3.
46. Alam M., Rodrigues W., Pham B.N., Thakor N.V. Brain-machine interface facilitated neurorehabilitation via spinal stimulation after spinal cord injury: Recent progress and future perspectives. *Brain Res.* 2016 Sep 1;1646:25–33.
47. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):486–93.
48. Inserm. Institut National de la santé et de la recherche – French National Institute of Health and Medical Research [Internet]. Available from: <http://english.inserm.fr/>
49. Falkner S., Grade S., Dimou L., Conzelmann K.-K., Bonhoeffer T., Gutz M., et al. Transplanted embryonic neurons integrate into adult neocortical circuits. *Nature.* 2016 10;539(7628): 248–53.
50. Alliance for Biomedical Research in Europe [Internet]. Available from: <https://www.biomedurope.org/about/mission.html>
51. Markram H., Muller E., Ramaswamy S., Reimann M.W., Abdellah M., Sanchez C.A., et al. Reconstruction and simulation of neocortical microcircuitry. *Cell.* 2015 Oct 8;163(2):456–92.
52. Palmero E., Palmero S., Murrell W. Brain tissue banking for stem cells for our future. *Sci Rep.* 2016 Dec 19;6:39394.
53. Brocard C., Plantier V., Boulenguez P., Liabeuf S., Bouhadfane M., Viallat-Lieutaud A., et al. Cleavage of Na(+)

- channels by calpain increases persistent Na(+) current and promotes spasticity after spinal cord injury. *Nat Med*. 2016 Apr;22(4):404–11.
54. Eatris. European infrastructure for translational medicine [Internet]. Available from: <https://eatris.eu/>
 55. Contopoulos-Ioannidis D.G., Ntzani E., Ioannidis J.P.A. Translation of highly promising basic science research into clinical applications. *Am J Med*. 2003 Apr 15;114(6):477–84.
 56. Elley C.R., Robertson M.C., Garrett S., Kerse N.M., McKinnlay E., Lawton B., et al. Effectiveness of a falls-and-fracture nurse coordinator to reduce falls: a randomized, controlled trial of at-risk older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Aug; 56(8): 1383–9.
 57. Ramsay Health Care [Internet]. Available from: <http://www.ramsayhealth.com>.
 58. INT. Institut de Neurosciences de la Timone [Internet]. Available from: <http://www.int.univ-amu.fr/Institute>.
 59. European Academy of Rehabilitation Medicine. Publications [Internet]. Available from: http://www.aemr.eu/index.php?option=com_content&task=category.
 60. Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialist. e-Learning [Internet]. Available from: <http://www.euro-prm.org/index.php?lang=en§ionid=8&id=19&Itemid=44>.
 61. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR [Internet]. Available from: <http://www.ebrsr.com>.
 62. ESPRM. Calendar of scientific events [Internet]. Available from: <http://www.esprm2018.com/> and <http://www.esprm.net/meetings>.
 63. European Society of Physical & Rehabilitation Medicine. ESPRM committees/Evidence Based Medicine [Internet]. Available from: <http://www.esprm.net/committees-details/FMiL/evidence-based-medicine-ebm>.
 64. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine [Internet]. Available from: <http://www.ejprm.org>.
 65. Journal of Rehabilitation Medicine. Available from: www.medicaljournals.se/jrm.
 66. Negrini S., Ilieva E., Moslavac S., Zampolini M., Giustini A. The European physical and rehabilitation medicine journal network: historical notes on national journals. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Jun;46(2):291–6.
 67. Cochrane Rehabilitation [Internet]. Available from: <http://rehabilitation.cochrane.org>.
 68. United Nations Human Rights – Office of the High Commissioner, OHCHR. Committee on the Rights of Persons with Disabilities [Internet]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>.
 69. Bornmann L. Measuring the societal impact of research: research is less and less assessed on scientific impact alone—we should aim to quantify the increasingly important contributions of science to society. *EMBO Rep*. 2012 Aug;13(8):673–6.
 70. Donadieu M., Le Fur Y., Lecocq A., Maudsley A.A., Gherib S., Soulier E., et al. Metabolic voxel-based analysis of the complete human brain using fast 3D-MRSI: Proof of concept in multiple sclerosis. *J Magn Reson Imaging JMRI*. 2016 Aug;44(2):411–9.
 71. Hakim R.M., Tunis B.G., Ross M.D. Rehabilitation robotics for the upper extremity: review with new directions for orthopaedic disorders. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2016 Dec 30;1–7.
 72. Gama G.L., Celestino M.L., Barela J.A., Forrester L., Whittall J., Barela A.M. Effects of Gait Training With Body Weight Support on a Treadmill Versus Overground in Individuals With Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 Apr;98(4):738–45.
 73. Young J.M., Solomon M.J. How to critically appraise an article. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2009 Feb;6(2):82–91.
 74. Lonsdale A., Sietsma Penington J., Rice T., Walker M., Dashnow H. Ten Simple Rules for a Bioinformatics Journal Club. *PLoS Comput Biol*. 2016 Jan;12(1):e1004526.
 75. Ozçakar L., Franchignoni F., Negrini S., Frontera W. Writing a case report for the American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation and the European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013 Feb; 92(2):183–6.
 76. Youtube. The University of Chicago / : Communicating Science With Alan Alda [Internet]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=DwjfMzwfUG8>.
 77. Youtube. Alan Alda: The Art of Science Communication [Internet]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=UGo6pTcTgVw>.
 78. Vimeo. 2016 UQ 3MT (Three Minute Thesis) final winner& people’s choice – Anna-Liisa Sutt – “Dying to talk” [Internet]. Available from: <https://vimeo.com/183241953>.
 79. Ministere de l’Enseignement superieur, de la Recherche et de l’Innovation. Etudiants handicapés. Contrats doctoraux handicap [Internet]. Available from: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid100602/contrats-doctoraux-handicap-campagne-nationale-2017.html>
 80. Tesio L. The good-hearted and the clever: clinical medicine at the bottom of the barrel of science. *J Med Pers*. 2010. *J Med Pers*. 2010 Dec;103–11.
 81. Grimby G. Research and publishing in rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2009 Nov;41(13):1021–3.
 82. Seel R.T., Dijkers M.P., Johnston M.V. Developing and using evidence to improve rehabilitation practice. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Aug; 93(8 Suppl):S97-100.
 83. Reinhard J., Stucki S. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields revisited: Reply to the letters from Jensen & Kartin and Graham & Cameron. *J Rehabil Med*. 2009;204–206.
 84. Borsboom D., Mellenbergh G.J., van Heerden J. The theoretical status of latent variables. *Psychol Rev*. 2003 Apr;110(2):203–19.
 85. Tesio L. Measuring behaviours and perceptions: Rasch analysis as a tool for rehabilitation research. *J Rehabil Med*. 2003 May; 35(3):105–15.
 86. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., Jr-I. Experimental and quasi experimental designs for generalized causal inference.
 87. Horn S.D., DeJong G., Deutscher D. Practice-based evidence research in rehabilitation: an alternative to randomized controlled trials and traditional observational studies. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Aug;93(8 Suppl):S127-137.
 88. Jette A.M. Toward Systems Science in Rehabilitation. *Phys Ther*. 2016 Mar; 96(3):270–1.
 89. Tesio L, Franchignoni F. Don’t touch the physical in “physical and rehabilitation medicine.” *J Rehabil Med*. 2007 Oct; 39(8):662–3.
 90. Alderson P. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*. 2004 Feb 28; 328(7438):476–7.
 91. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420–5.
 92. Verhagen A.P., de Vet HC, de Bie RA, Kessels AG, Boers M., Bouter L.M., et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *J Clin Epidemiol*. 1998 Dec;51(12):1235–41.
 93. Maher C.G., Sherrington C., Herbert R.D., Moseley A.M., Elkins M. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys Ther*. 2003 Aug;83(8): 713–21.
 94. de Morton N.A. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Aust J Physiother*. 2009;55(2):129–33.

95. Guyatt G.H., Oxman A.D., Vist G.E., Kunz R., Falck-Ytter Y., Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26;336(7650):924–6.
96. Schüneman H., Brožek J., Guyatt G., Oxman A. GRADE Handbook [Internet]. Available from: <http://gdt.guideline-development.org/app/handbook/handbook.html>.
97. Fregni F., Imamura M., Chien H.F., Lew H.L., Boggio P., Kaptchuk T.J., et al. Challenges and recommendations for placebo controls in randomized trials in physical and rehabilitation medicine: a report of the international placebo symposium working group. *Am J Phys Med Rehabil*. 2010 Feb;89(2):160–72.
98. Lexchin J., Bero L.A., Djulbegovic B., Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*. 2003 May 31;326(7400):1167–70.
99. Johnson M.I., Paley C.A., Howe T.E., Sluka K.A. Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 15;(6):CD006142.
100. Boutron I., Moher D., Altman D.G., Schulz K.F., Ravaud P., CONSORT Group. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2008 Feb 19;148(4):295–309.
101. Filipovic A., Kleinöder H., Dörmann U., Mester J. Electromyostimulation—a systematic review of the influence of training regimens and stimulation parameters on effectiveness in electromyostimulation training of selected strength parameters. *J Strength Cond Res*. 2011 Nov; 25(11): 3218–38.
102. Garber C.E., Blissmer B., Deschenes M.R., Franklin B.A., Lamonte M.J., Lee I.-M., et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011 Jul;43(7):1334–59.
103. Persson A.L., Westermarck S., Merrick D., Sjölund B.H. Validity of electrical stimulus magnitude matching in chronic pain. *J Rehabil Med*. 2009 Nov;41(11):898–903.
104. Brogerdh C., Johansson F.W., Nygren F., Sjölund B.H. Mode of hand training determines cortical reorganisation: a randomized controlled study in healthy adults. *J Rehabil Med*. 2010 Sep;42(8):789–94.
105. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les enseignants-chercheurs des disciplines de santé. Effectifs hospitalo-universitaires des centres hospitaliers et universitaires [Internet]. 2015. Available from: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid23806/effectifs-hospitalo-universitaires-des-centres-hospitaliers-et-universitaires.htm106>.
106. Cerca Universita. Ricerca avanzata per docenti [Internet]. Available from: http://cercauniversita.cineca.it/php5/docenti/vis_docenti.php.
107. Horizon 2020. Horizon 2020 projects – European Commission [Internet]. Available from: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/h2020-sections-projects>.
108. Kjaersgaard A., Nielsen L.H., Sjölund B.H. Randomized trial of two swallowing assessment approaches in patients with acquired brain injury: Facial-Oral Tract Therapy versus Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Clin Rehabil*. 2014 Mar; 28(3):243–53.
109. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health WHO Geneva 2001. 2001.
110. Barat M., Franchignoni F. Assessment in physical medicine and rehabilitation views and perspectives. Maugeri Foundation Books. 2004.
111. Arsalis. Outcome application [Internet]. Available from: <http://www.arsalis.com/outcome.html#outcome-overview-en>.
112. Franchignoni F., Ozçakar L., Michail X., Vanderstraeten G., Christodoulou N., Frischknecht R. Publishing in Physical and rehabilitation medicine. An update on the European point of view. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Oct;49(5):711–4.
113. Ulaeli A.M., Kara M., Özçakar L. Publications of physical and rehabilitation medicine physicians concerning musculoskeletal ultrasonography: an overview. *J Rehabil Med*. 2011 Jul;43(8):681–3.
114. Franchignoni F., Muñoz Lasa S., Ozçakar L., Ottonello M. Bibliometric indicators: a snapshot of the scientific productivity of leading European PRM researchers. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011 Sep;47(3):455–62.
115. Kara M., Ozçakar L., Kaymak B., Ozel S., Aknc A. Scientific publications in physical and rehabilitation medicine: a glance from Turkey. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011 Jul;90(7):612–4.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^т видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Alain Delarque, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
- Учасники: Alain Delarque, Franco Franchignoni, Levent Oskakar, Michael Quittan, Bengt H. Sjolund, Henk J. Stam, Gerold Stucki, Catarina Aguiar Branco, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Gunnar Grimby, Christoph Gutenbrunner, Stefano Negrini, Joao Pascoa Pinheiro, Katharina Stibrant Sunnerhagen, Luigi Tesio, Frederic Brocard, Kristian Borg, Alain Delarque, Walter Frontera, Francesca Gimigliano, Thierry Lejeune, Diane Playford, Alan Tennant, Andre Thevenon, Stuart M. Weinstein.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров.

Додаток 1. – Оновлений перелік наукових тем ISPRM

На основі вищеописаних основних міркувань і оцінки використання першого запропонованого списку тем ISPRM був виведений наступний оновлений список (*основні зміни є підкресленими*):

Ця пропозиція включає теми, які не згадуються в першій пропозиції та вдосконалений систематичний порядок тем.

А. Клінічні науки з фізичної та реабілітаційної медицини

Опис: клінічні реабілітаційні науки вивчають, як забезпечити найкращу допомогу з метою уможливлення людям, які зазнають, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти та підтримувати оптимальне функціонування при взаємодії зі своїм найближчим середовищем. Це містить клінічні дослідження щодо найкращої допомоги, включаючи настанови та стандарти, організацію та управління якістю. № А.1.-А.5. пов'язані з специфічними станами здоров'я; А.6. – А.11. з питаннями функціонування та відповідними цілями реабілітації.

- А.1. Біль¹
 - А.1.1. Гострий біль
 - А.1.2. Хронічні генералізовані больові синдроми (*включаючи фіброміалгію*)
 - А.1.3. Комплексні регіональні больові синдроми
 - А.1.4. Різне
- А.2. М'язово-скелетні стани
 - А.2.1. Запальні захворювання суглобів (*напр. ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт*)
 - А.2.2. Дегенеративні захворювання суглобів (*напр. остеоартрит*)²
 - А.2.3. Хвороби кісток (*напр. остеопороз*)
 - А.2.4. Локальні та регіональні больові синдроми шиї та верхніх кінцівок (*включаючи ентезопатію, тендиніт та інші*)
 - А.2.5. Регіональні больові синдроми тазу та нижньої кінцівки (*включаючи ентезопатію, тендиніт та інші*)
 - А.2.6. Біль в спині та розлади хребта
 - А.2.7. М'язово-скелетна травма (*напр. переломи*)
 - А.2.8. Спортивна травма
 - А.2.9. Різне
- А.3. Стани здоров'я нервової системи
 - А.3.1. Інсульт

- А.3.2. Черепно-мозкова травма
- А.3.3. Спинномозкові травми та інші хвороби спинного мозку
- А.3.4. Автоімунні та запальні неврологічні стани (*напр. множинний склероз*)
- А.3.5. Нейродегенеративні захворювання (*напр. деменція*)
- А.3.6. Травма периферичних нервів
- А.3.7. Вегетативні стани, стани з мінімальною або зниженою свідомістю
- А.3.8. Різне
- А.4. Стани психічного здоров'я
 - А.4.1. Тривога, депресія, біполярні розлади
 - А.4.2. Порушення здатності до навчання
 - А.4.3. Залежності
 - А.4.4. Інші стани психічного здоров'я
- А.5. Внутрішня медицина та пов'язані стани
 - А.5.1. Серце та серцево-судинна система
 - А.5.2. Захворювання лімфатичної системи
 - А.5.3. Легеневі захворювання
 - А.5.4. Хвороби рота-гортані-глотки
 - А.5.5. Метаболічні розлади (*напр. ожиріння, цукровий діабет*)
 - А.5.6. Рак
 - А.5.7. Інфекційні захворювання
 - А.5.8. Розлад шкіри та алергії
 - А.5.9. Розлади сечового міхура та кишківника
 - А.5.10. Уро-гінекологічні розлади (*в т.ч. акушерські процедури*)
 - А.5.11. Різне
- А.6. Післяхірургічна і післятравматична реабілітація³
 - А.6.1. М'язовоскелетні ураження, переломи кісток
 - А.6.2. Множинна травма
 - А.6.3. Опікове ураження.
 - А.6.4. Трансплантація органів
 - А.6.5. Артропластика суглобу / заміна суглобу
 - А.6.6. Ампутація кінцівки
 - А.6.7. Різне
- А.7. Реабілітація для дітей та молоді
 - А.7.1. Розлади розвитку
 - А.7.2. Церебральний параліч
 - А.7.3. Spina bifida
 - А.7.4. Черепно-мозкова травма у дітей
 - А.7.5. Ювенільний ревматоїдний артрит
 - А.7.6. Інфекційні хвороби у дітей та молоді
 - А.7.7. Аутизм та інші психічні розлади у дітей (*включаючи синдром дефіциту уваги*)
 - А.7.8. Різне

¹Біль може бути класифікований, як стан здоров'я та функція організму

²Артропластика / заміна суглобів класифікуються в після хірургічної реабілітації

³Черепно-мозкова та спинномозкова травми – в станах нервової системи

- A.8. Реабілітація людей літнього віку⁴
- A.8.1. Деменція
- A.8.2. Кваліть
- A.8.3. Саркопенія
- A.8.4. Депресивний розлад у людей літнього віку
- A.8.5. Ризик падіння у людей літнього віку
- A.8.6. Інші геріатричні стани
- A.9. Реабілітація для людей з рідкісними (орфанними) хворобами⁵
- A.10. Реабілітація, що спрямована на вирішення конкретних питань функціонування
- A.10.1. Порушення зору і сліпота
- A.10.2. Слухові порушення і глухота
- A.10.3. Дисфункція мови та мовлення (*включаючи німоту*)
- A.10.4. Сенсорний і моторний контроль (*включаючи постуральний контроль*)
- A.10.5. Менеджмент спастичності
- A.10.6. Менеджмент гемиплегії та параплегії
- A.10.7. Менеджмент дисфагії
- A.10.8. Респіраторні розлади (*включаючи менеджмент пацієнтів зі штучною вентиляцією і відлучення від неї*)
- A.10.9. Недостатнє харчування в реабілітації
- A.10.10. Сфінктерна дисфункція (*включаючи нестримання*)
- A.10.11. Менеджмент ран і пролежнів
- A.10.12. Менеджмент втоми і порушень сну
- A.10.13. Реабілітація психічної дисфункції, пов'язаної з обмеженням життєдіяльності (*напр. депресія, тривога*)
- A.10.14. Сексуальне функціонування у людей з обмеженнями життєдіяльності та хронічними станами здоров'я
- A.10.15. Інші спеціальні функції
- A.11. Спортивна реабілітація
- A.12. Різне

В. Біологічні науки в реабілітації

Опис: біологічні науки в області реабілітації є фундаментальними науками, метою яких є пояснити пошкодження організму, адаптацію та репарацію від молекулярного до клітинного рівнів, рівнів систем органів та організму; і визначити цілі для біомедичних втручань для поліпшення функцій структур організму.

V.1. Механізми пошкодження тканин (*напр. запалення, повторюване розтягнення*) і розвиток дисфункції органу (*напр. атрофія, спастичність, хронічний біль*)

V.2. Адаптація і маладаптація клітин і тканин (*напр. пластичність, молекулярні механізми та медіатори*)

V.3. Вегетативне регулювання (у тому числі НРА-вісь, системи гормонального регулювання)

V.4. Біологічний механізм втручань (*напр. полегшення болю, моторне навчання*)

V.5. Різне

С. Біомедичні реабілітаційні науки та інженерія

Опис: біомедичні реабілітаційні науки та інженерія – це прикладні науки, що вивчають діагностичні заходи та втручання, включаючи фізичні модальності, що дозволяють мінімізувати порушення, контролювати симптоми та оптимізувати здатність особи.

C.1. Діагностика у Фізичній та Реабілітаційній Медицині (ФРМ) (*напр. серцево-судинні функції і фізична витривалість, тестування функції легенів або методи візуалізації*) відповідно до систем органів і функцій організму (на основі першого рівня компоненту «функції організму» Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ))

C.1.1. Діагностика та оцінювання психічних функцій (*включаючи нейропсихологічне оцінювання*)

C.1.2. Діагностика та оцінювання сенсорних функцій і болю

C.1.3. Діагностика та оцінювання функцій голосу та мовлення

C.1.4. Діагностика та оцінювання функцій серцево-судинної, гематологічної, імунологічної та респіраторної систем

C.1.5. Діагностика та оцінювання функцій травної, метаболічної та ендокринної систем

C.1.6. Діагностика та оцінювання сечостатевої та репродуктивної функцій

C.1.7. Діагностика та оцінювання неврологічних, м'язово-скелетних функцій та функцій, пов'язаних з рухом (*включаючи аналіз ходи, постурографію*)

C.1.8. Діагностика та оцінювання функцій шкіри і пов'язаних з нею структур

C.1.9. Оцінювання сприйняття здоров'я та якості життя

C.1.10. Різне

C.2. Дослідження втручань ФРМ

C.2.1. Вправа

C.2.2. Тренування м'язів

C.2.3. Ергономіка

⁴Цей розділ також включає питання функціонування

⁵Включно із клінічними випадками специфічних реабілітаційних питань

- C.2.4. Методи мобілізації та маніпуляції суглобів
- C.2.5. Протезування та ортезування
- C.2.6. Масаж і міофасціальні техніки
- C.2.7. Вібрація і інша механічна стимуляція
- C.2.8. Транскраніальна магнітна стимуляція
- C.2.9. Лімфотерапія (мануальний лімфатичний дренаж)
- C.2.10. Тепло і холод
- C.2.11. Гідротерапія та бальнеотерапія
- C.2.12. Світло (включаючи УФ)
- C.2.13. Кліматотерапія
- C.2.14. Електротерапія (включаючи функціональну електрофізіологічну стимуляцію)
- C.2.15. Фармакологічні втручання (напр. при болю, спастичності, протизапальні препарати)
- C.2.16. Блокада нервових корінців та локальні інфільтрації
- C.2.17. Акупунктура та додаткові і альтернативні терапії
- C.2.18. Харчування та дієта
- C.2.19. Віртуальна реальність, комп'ютерні ігри, які передбачають фізичні навантаження
- C.2.20. Технології реабілітації, включаючи імпланти, протези, ортези
- C.2.21. Роботи, засоби та пристрої
- C.2.22. Спорт у реабілітації
- C.2.23. Техніки ін'єкції та інфільтрації
- C.2.24. Хірургічні втручання в реабілітації
- C.2.25. Різне
- C.3. Комплексна програма реабілітації (дослідження безперервної допомоги)
- C.3.1. Гострі і ранні підгострі реабілітаційні програми
- C.3.2. Підгострі реабілітаційні програми
- C.3.3. Довготривалі реабілітаційні програми
- C.3.4. Періодичні (стимулюючі) реабілітаційні програми для хронічних станів
- C.3.5. Програми профілактики обмежень життєдіяльності
- C.3.6. Різне
- C.4. Різне

D. Інтегративні реабілітаційні науки

Опис: інтегративні реабілітаційні науки розробляють і вивчають системи і послуги реабілітації, комплексні програми оцінювання та втручання, які об'єднують біомедичні, персональні фактори і середовищні підходи, які підходять для оптимізації виконання людей. Цей розділ включає принципи і зміст освіти та підготовки фахівців з реабілітації, а також оцінку реабілітаційної команди і мультидисциплінарної допомоги.

- D.1. Дослідження систем та послуг реабілітації
- D.1.1. Політика і законодавство в охорони здоров'я (включаючи медичну та соціальну модель обмеження життєдіяльності і реабілітації)

- D.1.2. Стратегії здоров'я у Фізичній і Реабілітаційній Медицині
- D.1.3. Організація реабілітаційної служби
- D.1.4. Економіка реабілітації
- D.1.5. Дослідження участі на рівні громади
- D.1.6. Різне
- D.2. Дослідження комплексних реабілітаційних втручання
- D.2.1. Оцінка реабілітаційної служби (включаючи гострі, підгострі послуги та реабілітаційні послуги в громаді)
- D.2.2. Оцінка реабілітаційної програми (напр. реабілітація в домашніх умовах)
- D.2.3. Оцінювання технологій реабілітації (напр. телереабілітація)
- D.2.4. Стратегії реабілітації для специфічних аспектів (включаючи стратегії реабілітації для країн, що розвиваються та реабілітація після природних катастроф)
- D.2.5. Передача технологій
- D.2.6. Навчання пацієнта та проксі-освіта
- D.2.7. Різне
- D.3. Програми соціальної інтеграції та реабілітації для конкретних соціально-економічних потреб
- D.3.1. Політика та управління в реабілітації, що надається в громаді
- D.3.2. Професійна реабілітація
- D.3.3. Підтримка, допомога та незалежне життя
- D.3.4. Компенсації при обмеженнях життєдіяльності
- D.3.5. Різне
- D.4. Освіта та навчання в реабілітації
- D.4.1. Додипломна медична освіта
- D.4.2. Навчання спеціаліста
- D.4.3. Безперервна медична освіта та професійний розвиток
- D.4.4. Тренування з науки та досліджень
- D.4.5. Тренування інших фахівців з реабілітації.
- D.4.6. Різне
- D.5. Управління та адміністрування реабілітації
- D.5.1. Управління реабілітаційними службами (включаючи концепції інтегрованого догляду та послуг)
- D.5.2. Кейс-менеджмент
- D.5.3. Структури та процеси в реабілітаційних закладах
- D.5.4. Різне
- D.6. Різне

E. Науки функціонування людини

Опис: науки функціонування людини є фундаментальними науками з комплексними перспективами

ми, метою яких є розуміння функціонування людини і визначення цілей для комплексних втручань.

Е.1. Теорії і моделі функціонування

Е.2. Класифікація функціонування (*напр. базові набори МКФ, оновлення і перегляд МКФ*)

Е.3. Вимірювання функціонування (*напр. психометрія інструментів оцінювання, введення в дію категорій МКФ*)

Е.4. Епідеміологія функціонування (популяційні порівняльні дослідження функціонування при різних станах, культурах і часу, напр. при працевлаштуванні людей з обмеженнями життєдіяльності)

Е.5. Оцінка впливу функціонування (*напр. прогнозування наслідків політики і законодавства про функціонування*)

Е.6. Етичні питання і права людини

Е.7. Культурні аспекти обмежень життєдіяльності та реабілітації (*напр. культурні впливи, суспільні ставлення, релігійні переконання*)

Е.8. Різне

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

Розділ 11 – Виклики та перспективи майбутнього ФРМ

Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини

РЕЗЮМЕ

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ), цей документ займається майбутніми перспективами ФРМ у Європі відповідно до сучасного бачення європейських органів. Всі розділи підкреслюють великі зміни, з якими стикається Європа в плані демографії, очікуваної тривалості життя, показників виживаності, тягаря обмежень життєдіяльності, зростання поширеності довготривалих станів здоров'я, технологічного прогресу, а також витрат на охорону здоров'я і змін в суспільстві, зважаючи на потреби в благополуччі та якості життя разом зі здоров'ям. Всі ці виклики поєднуються зі специфікою ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що зосереджує увагу на всій людині та її функціонуванні при різних станах здоров'я, з метою забезпечення найкращої участі шляхом покращення активності та зменшення порушень. Представлені можливі наслідки цих змін у майбутній еволюції клінічної практики, послуг, освіти та досліджень ФРМ. Крім того, представлено бачення прогресу в області гармонізації розвитку ФРМ в усій Європі та можливий внесок ФРМ у планування політики.

Посилання на оригінальну версію статті: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 11. Challenges and perspectives for the future of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):311-321.

Посилання на українську версію статті: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі. Розділ 11. Виклики та перспективи майбутнього ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018; 2(2) дод. С. 196–206.

Ключові слова: Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, прогнозування, медичні послуги, освіта, дослідження.

Введення

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

У цьому розділі основна увага приділяється майбутнім перспективам ФРМ у Європі відповідно до сучасного бачення європейських органів. Всі розділи підкреслюють великі зміни, з якими сти-

кається Європа в плані демографії, очікуваної тривалості життя, показників виживаності, тягаря обмеження життєдіяльності, зростання поширеності довготривалих станів здоров'я, технологічного прогресу, а також витрат на охорону здоров'я і змін в суспільстві з точки зору потреб в благополуччі та якості життя разом зі здоров'ям. Всі ці виклики поєднуються зі специфікою ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що зосереджує увагу на всій людині та її функціонуванні при різних станах здоров'я, з метою забезпечення найкращої участі шляхом покращення активності та зменшення порушень. Метою цього розділу є представлення впливу цих змін на клінічну практику, розвиток послуг, освіти та досліджень ФРМ. Крім того, представлено бачення прогресу в області гармонізації розвитку ФРМ в усій Європі та можливий внесок ФРМ у планування політики.

Розвиток послуг фізичної та реабілітаційної медицини

Навіть якщо ніхто не зможе точно передбачити майбутнє, деякі тенденції демографії, епідеміології та суспільного ставлення, ймовірно, триватимуть і наступні 10-30 років. Ось деякі з них:

– тривалість життя буде надалі зростати, і люди з довготривалими станами здоров'я, що призво-

- дять до обмежень життєдіяльності та наявними обмеженнями життєдіяльності будуть жити довше. Деякі проблеми літніх людей, такі як квоість, деменція та труднощі в пересуванні, самообслуговуванні та спілкуванні, будуть зростати. Це збільшить потребу в реабілітації¹;
- через прогрес у лікуванні, виживання після важких захворювань (включаючи рак) та травм ще більше збільшиться. Багато з цих захворювань будуть еволюціонувати в хронічні стани здоров'я, одночасно багато людей, що вижили після захворювань, будуть зазнавати певних обмежень життєдіяльності: більшість з них будуть потребувати реабілітації;
 - також, нові інфекційні захворювання можуть призвести до збільшення потреби у реабілітації (одним з останніх прикладів є епідемія вірусу Зіка);
 - майже в усіх європейських країнах демографічні зміни сформують певний тиск на соціальні системи. Одним із наслідків цього буде потреба у тривалішому робочому житті. Отже, потреба в професійній реабілітації може також збільшитись;
 - інші соціальні еволюції, такі, як зростаюча нерівність та розрив у співвідношенні багаті/бідні^{2,3}, або функція сімей та доглядачів, значною мірою змінить контекстуальні фактори, потребуючи нових рішень для зменшення обмежень активності та досягнення найкращої можливої участі;
 - прогрес у сфері управління технологіями та цифровими даними розвивається з надзвичайно високою швидкістю. Деякі з цих технологій вже використовуються в реабілітації, але ця тенденція прискориться у найближчі роки. ФРМ повинна долучитись до цього розвитку та взяти лідерство у розробці та використанні нових технологій для покращення функціонування осіб з обмеженнями життєдіяльності;
 - тривалість незалежного та активного життя та якість життя населення також буде надалі зростати. Це збільшить попит на складні та інноваційні реабілітаційні програми та стратегії;
 - оскільки витрати на охорону здоров'я продовжуватимуть зростати, буде потрібно все більше і більше, щоб лікування ґрунтувалось на доказах та демонструвало економічну ефективність. Таким чином, потреба в наукових дослідженнях в сфері ФРМ буде надалі збільшуватись;
 - нарешті, але не менш важливо, країни з низьким і нижче середнього рівнями доходу будуть мати підвищений попит на імплементацію реабілітаційних послуг та навчання фахівців з реабілітації (це буде, зокрема, у країнах Африки південніше Сахари та деяких країнах Південно-Східної Азії). Європейська ФРМ буде стикатися з викликами сприяння вирішенню цієї проблеми, яка буде впливати на гуманітарний стан, розвиток та громадське здоров'я.
- З цих прикладів ясно, що потреба в реабілітації буде збільшуватися у майбутньому, та перед нами багато викликів. Як вже було сказано, реабілітація буде стратегією охорони здоров'я ХХІ століття⁴. Які наслідки для ФРМ можуть бути результатом вищезгаданих викликів? Це потребує обговорення в усіх Європейських органах ФРМ та розробки європейської стратегії. Проте деякі пункти вже можуть бути визначені:
- Оскільки потреба в лікарях ФРМ зростатиме, ми повинні забезпечити:
 - достатній потенціал резидентури та навчальних програм і приваблення молодих лікарів до кар'єри в ФРМ;
 - достатню кількість лікарів, які навчаються ФРМ (це, в основному, є політичною проблемою);
 - доступність та повну кваліфікацію фахівців з реабілітації, які повинні бути частиною реабілітаційної команди;
 - Ми повинні забезпечити, щоб майбутні лікарі ФРМ володіли достатніми навичками і здібностями для тренування пацієнтів з серйозними і комплексними проблемами на всіх етапах і на всіх рівнях охорони здоров'я. Це включає:
 - Реабілітацію літніх людей;
 - Реабілітацію впродовж гострої та ранньої підгострої фаз;
 - «Високоякісну» реабілітацію для пацієнтів зі складними і специфічними потребами, такими як трансплантація органів, регенеративна терапія, множинна травма, спинномозкова травма, специфічні типи злоякісних пухлин та багато іншого;
 - Знання та досвід сучасних технологій реабілітації;
 - Навички у вирішенні складних психосоціальних проблем
 - Потребує обговорення необхідність акредитації різних областей ФРМ у майбутньому, таких як «Реабілітація для літніх людей», «Реабілітація в гострому періоді», «Реабілітація больового синдрому», «Реабілітація черепно-мозкової та спинномозкової травми», «Професійна реабілітація», «М'язово-скелетна реабілітація», «Кардіо-респіраторна реабілітація», «Реабілітація раку» та інші;
 - Дослідницька діяльність повинна суттєво підвищуватися і поліпшуватися, включаючи патофізіологію станів здоров'я, що призводять до

обмежень життєдіяльності, механізм реабілітаційних інтервенцій, допоміжні технології, результати реабілітаційних програм;

- Всередині спільноти ФРМ повинні бути розроблені стратегії адекватного реагування на виклики суспільства в Європі та сусідніх регіонах, *напр.* відповідь на демографічні зміни, зрушення очікувань суспільства, необхідність більшої реабілітації в країнах з низьким рівнем ресурсів тощо.

Потрібно враховувати також і інший виклик (це також може бути можливістю). Інші фахівці охорони здоров'я підвищують свої знання та навички, та мають тенденцію проводити реабілітацію самостійно та / або намагатися керувати реабілітаційною командою. У деяких країнах професійні групи терапевтів борються з лікарями ФРМ та вимагають піклування за повним процесом реабілітації. У багатьох інших країнах існує гарне співробітництво з повагою до завдань та досвіду один одного для роботи в команді. Звичайно, не може бути сприйнятим, якщо одна професія відкидає роль іншої, тому, особливо в реабілітації, головним принципом повинна бути спільна мульти-професійна командна робота під керівництвом лікарів ФРМ². Треба вітати, якщо будь-яка професія охорони здоров'я має намір належним чином співпрацювати для допомоги особам з обмеженнями життєдіяльності або зі станами, що обмежують життєдіяльність, беручи участь у мульти-професійній команді під керівництвом лікаря ФРМ. Також вітаються усі дійсні внески з наукових досліджень від будь-якого фахівця з реабілітації, коли вони інтегровані в мульти-професійну командну роботу, включаючи лікаря ФРМ. Ще однією важливою проблемою може стати тиск з боку національних систем охорони здоров'я, але також пацієнтів, щоб краще справлятися з тягарем обмежень життєдіяльності та старіння, що може призвести до створення нових закладів ФРМ в руках лікарів, які не є лікарями ФРМ, *напр.* інших фахівців, які входять до сфери ФРМ. Це, по суті, може також бути результатом нестачі робочої сили лікарів ФРМ у зв'язку з підвищенням потреб. Урядам і міністерствам охорони здоров'я слід створювати або розвивати спеціальність ФРМ в країнах, де вона ще не існує, або лікарів ФРМ дуже мало; вони повинні створити умови для навчання медичних спеціалістів з ФРМ в своїх країнах (або на ранній стадії, з навчанням в інших країнах з визнаним досвідом і придатністю для навчання). Необхідно заохочувати та сприяти вільному пересуванню професіоналів, у цьому випадку – лікарів ФРМ, між державами Європейського Союзу.

У цілому, здається очевидним, що спеціальність Фізична та Реабілітаційна Медицина повинна дуже інтенсивно працювати над вирішенням майбутніх проблем та брати відповідальність за суспільство, системи охорони здоров'я та осіб, які страждають на важкі та/або довготривалі стани здоров'я, зазнаючи обмежень життєдіяльності.

Освіта

Зараз ми стикаємося з вражаючим збільшенням очікуваної тривалості життя як в країнах з високим, так і низьким або середнім рівнем доходу. Старіння населення разом із зниженням смертності після важких травм та гострих захворювань призведе до збільшення потреби в реабілітаційних службах у всіх європейських країнах, де очікується також високий рівень життя. Більш того, розвиток технологій сприяє широкому доступу до інформації, що спрямовує людей з обмеженнями життєдіяльності вимагати надання належної реабілітації, забезпечення рівного доступу до лікарень і громадських установ для відповідальної допомоги своїм хронічним проблемам зі здоров'ям. Останнє, але не менш важливе, два останніх десятиліття продемонстрували експоненціальний розвиток допоміжних та інформаційних технологій, автоматизації та інформатизації домашніх господарств, біоінженерії, робототехніки та телереабілітації. В той же час розквітають знання про нейрональні основи рухового контролю, прийняття рішень і функціонального відновлення: очікується, що міждисциплінарні дослідження, які об'єднують нейронауки з інженерним потенціалом, забезпечать фахівцям реабілітації широкий спектр інноваційних діагностичних та терапевтичних інструментів. В результаті очікується зростання рівня реабілітаційної допомоги (включно із забезпеченням якості та інтервенціями, що ґрунтуються на наукових даних) та освіти лікарів ФРМ. Післядипломне навчання з ФРМ повинно стимулювати майбутніх фахівців приймати суворий науковий підхід до клінічної практики та розвивати їх схильність до безперервного навчання та самооцінки. Крім того, для задоволення зростаючого попиту на послуги, лікарі ФРМ повинні бути зобов'язаними оцінювати та забезпечувати сталість шляхів допомоги та протоколів втручання в умовах міцного альянсу з політиками, при тому не відмовляючись від справедливості. Збільшення циркуляції громадян ЄС за межами національних кордонів стане ще одним стимулом для необхідності гармонізації навчання ФРМ і надання реабілітації по всіх європейських країнах. У підсумку, ці еволюції вима-

гатимуть зіткнення на двох рівнях: додипломне навчання для збільшення обізнаності майбутніх лікарів про ФРМ; підготовка спеціалістів – лікарів ФРМ, з одного боку, з метою збільшення їх кількості з огляду на зростаючі потреби, з іншого – підвищення їх компетентностей та спроможності управляти більшою кількістю пацієнтів із зменшенням ресурсів (використання технологій, а також прийняття найкращих практик на підставі ефективності, продуктивності, а також результативності). Ці проблеми будуть вирішуватися завдяки діям Ради ЄСМС-ФРМ з її внеску у визначення основних навчальних програм для додипломного навчання та підготовки спеціалістів.

Дослідження

Говорити про майбутнє завжди є великою проблемою. Більш того, коли залучені дослідження, існує ще один фактор, крім непередбачуваності людських подій: непередбачуваність дослідників і шляхів зростання знань, які рідко можуть бути керованими ззовні. Проте, в ФРМ є визначеність: дослідження неухильно зростають⁶, і це призведе до великих змін в нашій перспективі. Постійно зростає швидкість загальних знань про людську істоту: це означає, що майбутнє досліджень прийде ще швидше, ніж зазвичай очікувалося. У цьому розділі, замість того, щоб робити будь-яке реальне попереднє бачення, ми будемо розглядати загальні сценарії складних досліджень, а також їх відповідні потреби. За загальним сценарієм ми стикаємося з періодом скорочення ресурсів. Безперервне вдосконалення медицини зумовило зростання темпів виживання, що призвело до старіння населення та збільшення обмежень життєдіяльності та хронічних станів. На жаль, всі системи охорони здоров'я в Європі досягли того, що вважається максимальною можливістю поглинання ресурсів (від 7% до 10% валових доходів країни), і тому слід зосередити увагу на тому, як робити з меншими витратами ті ж самі (або ще кращі) процедури. Швидкий розвиток молекулярно-генетичних досліджень дозволить виявити передумови для різних розладів з зниженою функцією, для індивідуальних здібностей для реабілітації та підвищення рівня знань про нейрональну пластичність. Це матиме вплив на інші частини спектру МКФ, і це спонукає ФРМ стати активною частиною трансляційних досліджень. Інший цікавий момент – це поступове збільшення технологій. Мабуть, в медицині ми стикаємося з тим же процесом, з яким стикалося промислове виробництво понад століття тому: технологія, схоже, дозволяє збільшити наші

результати, а в ФРМ це відбувається головним чином за допомогою робототехніки та протезування / ортезування, але також за допомогою віртуальної реальності і ігрових терапій. Ще одна чітка проблема сучасних європейських суспільств – це прогресивний рух медичних потреб з середини лікарень назовні: люди хочуть залишатися вдома і вважають за краще лікуватися там, зростає хронізація, та лікарні дорого коштують. У той же час, телемедицина зростає у всіх областях медицини. Всі ці ситуації кидають значний виклик ФРМ та її дослідженням. Це чітко можливо поєднувати з необхідністю збільшення результатів, орієнтованих на персону, які є найбільш значущими для наших пацієнтів та суспільств. Ще одним важливим викликом є необхідність зміни розподілу фінансування, оскільки нинішнє повністю засноване на спеціальностях з анатомії / функції організму⁷. Рутинна робота ФРМ значно змінюється. Хоча впровадження гострої фази вже добре зарекомендувало себе, нові фази вивчаються і вдосконалюються, такі, як пре-абілітація⁸ та / або підтримка або пост-реабілітація. Це кидає виклик усій організації ФРМ, яка, ймовірно, повинна трансформуватися в трансверзальне відділення, включаючи всіх лікарів ФРМ і фахівців з реабілітації, задля допомоги пацієнтам правильно переміщатися протягом різних фаз: інсультні блоки або блоки спинно-мозкової травми вже були описані, але проблема є загальною для всіх патологій, а не тільки цих двох. Ще одна проблема полягає в поліпшенні як клінічних, так і організаційних компетентностей фахівців з реабілітації, які пов'язані з нашою фактичною професійною позицією і розвивають її. Проблема класифікацій (МКФ, але не тільки) та реімбурсації лікування ФРМ в усьому світі залишається актуальною і не є вирішеною. Місце ФРМ у загальній картині системи здоров'я стає все більш чітким. Всі ці виклики в контексті ФРМ потребують конкретних досліджень. Але дослідження про організацію, з одного боку, є більш складними, а з іншого – менш корисний з точки зору імпаکت-фактору. Фінансування, отже, отримати складніше, але, тим не менш, це терміново необхідно. У загальному дослідницькому сценарії існують певні чіткі тенденції. Дослідження нижнього рівня залишаються дуже практичними, але доказова медицина чітко продемонструвала важливість запуску рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). У той же час зростають важливість клінічного досвіду і уподобань пацієнтів, що пов'язано із застосуванням нових методів якісних досліджень, в тому числі Narrative Medicine⁹. Трансляційні дослідження для пошуку кореляцій між молекулярними результата-

ми і функцією, активністю та участю стають все більш важливими. У фармакології, щоб мати можливість знайти навіть невеликі зміни, що виникають внаслідок лікування, РКД зараз залучають тисячі пацієнтів: це вимагає створення великих мереж, але також і великих грошей для проведення досліджень. В рамках цієї ж тенденції спостерігається збільшення продукування метааналізів і метадосліджень зі створенням великих баз даних і закликком щодо доступу до відкритих даних. Також зростає створення реєстрів і розвиток спостережних досліджень, базованих на цих клінічних базах даних: різниця від РКД полягає в тому, що вони пропонують світу реальну клінічну повсякденну інформацію, яка іноді разуче відрізняється від результатів, отриманих в результаті експериментальних досліджень, які, за визначенням, спостерігають дуже специфічні і добре відібрані популяції. Концепція аналізу великих даних застосовується до клінік і всіх цих баз даних. У ФРМ ми далекі від цих наслідків, але ми в той же час всередині них. Мережі, бази даних, відкриті дані – це проблеми, з якими доводиться стикатися. У всякому разі, ми також не можемо ігнорувати те, що ми все ще спостерігаємо, чи є у певних методів втручання будь-яка ефективність, та це може бути досягнуто також при проведенні досліджень за участю скорочених популяцій; не можна ігнорувати й те, що наші пацієнти майже завжди мають багато супутніх захворювань, і це робить спостережні дослідження та реєстри дуже цікавими для нас. Всі ці дослідницькі виклики можуть стати приводом для зростання. Одночасно ми не можемо ігнорувати, що на загальну картину впливає те, як дослідження фінансуються: щоб уникнути виключення, ми повинні в будь-якому випадку відповідати цій загальній картині. Нарешті, сценарій дослідження ФРМ. Функціональне оцінювання та оцінка результатів є ключовими факторами, які ще недостатньо розвинені: у нас зараз є деякі інструменти, але шлях все ще є довгим. Більш того, технологія допомагає все більше, але все це ще потребує набування загальної клінічної значущості. Розуміння того, що таке ФРМ⁹, змушує нас рухатися також всередину так званих гу-

маністичних досліджень з їх складною якісною методологією, в той час, як в медичній науці, як і раніше, домінують кількісні методи дослідження та підходи. Також в ці роки змінився і статистичний аналіз: яскравим прикладом є аналіз Rasch (статистичний підхід для поліпшення наших інструментів оцінювання результатів на основі опитувальників) і його важливість у ФРМ. Це, мабуть, лише приклад, і в ФРМ є необхідність рухатися далі за межі класичної статистики, щоб зрозуміти, як краще керувати нашими даними. ФРМ за визначенням є мульти-професійною, оскільки залучає всіх інших членів команди, які не є лікарями. Як і у ФРМ, фахівці з реабілітації також виявляють, що існують методологічні проблеми при створенні оптимальних і адекватних досліджень по їх конкретним областям інтересів. Все ще відсутніми є гарна термінологія, конкретні визначення більшості практик, що застосовуються для реабілітаційних та вимірювальних інструментів. Нам не вистачає комплаєнтності. Ще не є уточненими гарні визначення для опису реабілітаційних практик (навіть якщо деякі спроби вже були зроблені¹⁰ – і нещодавно прийняті також журналами ФРМ¹¹, і це відноситься до розділу матеріали і методи: результати досліджень, найчастіше, не можуть бути відтворені іншими командами, оскільки занадто багато невідомих. Все ще повинна бути чітко визначеною подальша фундаментальна робота, як і результати досліджень та їх застосовність. Це лише деякі приклади реальних проблем сценарію розвитку досліджень з ФРМ, але ясно, наскільки задіяна вся дослідницька сфера з ФРМ, включаючи крім дослідників, також редакторів і сторонніх платників. На закінчення, дослідження в ФРМ найближчими роками зіткнуться з низкою викликів, пов'язаних зі сценаріями розвитку досліджень взагалі і ФРМ, зокрема. Якщо підійти до них належним чином, за допомогою адекватних досліджень, проведених адекватними методами і представлених науковою літературою адекватної якості, всі ці проблеми стануть приводом для зростання репутації і важливості нашої спеціальності ФРМ.

Гармонізація розвитку ФРМ по всій Європі

Гармонізація ФРМ по всій Європі – це постійний процес, яким займаються Секція і Рада ФРМ ЄСМС у співпраці з Європейським товариством ФРМ і Європейською академією реабілітаційної медицини. Як наслідок, те, що буде зроблено в найближчому майбутньому, буде прямим продовженням того, що було зроблено дотепер, і буде представлено нижче. Тривалість життя зростає

⁹ред. – Narrative Medicine зміцнює клінічну практику з використанням розмовної компетентності розпізнавати, поглинати, метаболізувати, інтерпретувати і рухатися з історіями хвороби. Завдяки тренінгу з опитування, програма Narrative Medicine допомагає лікарям, медичним сестрам, соціальним працівникам, фахівцям психічного здоров'я, капеланам, науковцям та всім, хто зацікавлений у перегині розповіді та медицини, підвищити ефективність лікування, розвиваючи ці навички з пацієнтами і колегами. Наші науково-дослідницькі та інформаційно-просвітницькі місії складають концепцію, оцінюють та спрямовують ці ідеї та практики на національному та міжнародному рівнях (<https://www.narrativemedicine.org/>)

як в розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Що є більш важливим, покращення виживання після травми та хвороб, а також старіння населення призведе до збільшення потреби в реабілітаційних послугах у всіх європейських країнах, де очікується також висока якість життя¹².

Як результат, системи реабілітації повинні постійно розвиватися з урахуванням наступних принципів:

- реабілітація після травми або хвороби та при хронічних захворюваннях є основним правом людини¹³;
- справедливий і легкий доступ до всіх аспектів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для цілого населення в Європі;
- рівномірно високі стандарти допомоги в реабілітації, включаючи гарантію якості та втручання, ґрунтовані на наукових доказах;
- наукова основа розробки моделей реабілітації та стандартів допомоги для керівництва клінічною практикою.

Зокрема, Комітет професійної практики (КПП) Секції ФРМ ЄСМС багато років докладно працював, щоб описати професійні компетентності лікарів ФРМ. Про це свідчать публікації статей у міжнародних журналах. Біла книга з ФРМ в Європі, яка була опублікована в 2006 році в двох вже згадуваних журналах з ФРМ і поточний випуск третього видання Білої книги, є одним із прикладів вкладу КПП та високого рівня співпраці з іншими Європейськими органами ФРМ. Серія опублікованих дослідницьких робіт щодо ролі та компетентностей лікарів ФРМ була зібрана в електронній книзі під назвою «Сфера компетентностей лікарів фізичної та реабілітаційної терапії – частина перша»¹⁴. Ця електронна книга містить наступні опубліковані статті:

- план дій Комітету професійної практики Секції Фізичної та Реабілітаційної Медицини ЄСМС: опис і розвиток нашої сфери компетентностей¹⁵;
- опис та розвиток сфери компетентностей в Фізичній та Реабілітаційній Медицині в Європі – пролог до серії статей, опублікованих Комітетом професійної практики Секції ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС)¹⁶;
- міждисциплінарна команда, що працює у фізичній та реабілітаційній медицині⁵;
- фізична та реабілітаційна медицина в гострих закладах¹⁷;
- програми фізичної та реабілітаційної медицини в підгострих закладах¹⁸;

- фізична та реабілітаційна медицина та особи з довготривалими обмеженнями життєдіяльності¹⁹;
- нові технології, призначені для поліпшення функціонування: роль лікаря фізичної та реабілітаційної медицини²⁰;
- роль спеціаліста фізичної та реабілітаційної медицини щодо дітей та підлітків з набутою черепно-мозковою травмою²¹;
- європейські моделі мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги при черепно-мозковій травмі²²;
- роль спеціаліста Фізичної та Реабілітаційної Медицини при лімфатичному набряку²³;
- генералізований та регіональний больовий синдром м'яких тканин. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁴;
- запальний артрит. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁵;
- остеопороз. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁶;
- остеоартрит. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁷;
- менеджмент болю в спині. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁸;
- м'язово-скелетні порушення локальних м'яких тканин і пошкодження. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах²⁹;
- лікування болю в плечах. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах³⁰;
- м'язово-скелетні періопераційні проблеми. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах³¹.

В КПП тривають дослідження компетентностей наших лікарів при інших станах здоров'я та результати будуть вперше опубліковані в зазначених журналах. Також інтенсивна робота продовжується в інших комітетах у тісній співпраці з Європейським товариством та Європейською академією. Метою є надання корисних електронних книг нашим колегам для їх повсякденної практики, а також для захисту та пропагування спеціальності ФРМ серед медичних працівників інших спеціальностей та на переговорах з органами державної системи охорони здоров'я. Дуже важлива і значна робота виконується в Комітеті

клінічних стосунків (ККС) секції ФРМ ЄСМС щодо акредитації якості програм допомоги в Європі. Ця робота триває з внеском усіх членів ККС. Як приклад роботи, що постає перед нами для досягнення всіх цих цілей, ми представляємо тут амбітний План дій Секції та Ради ФРМ ЄСМС на період 2014-2018 рр.:

А. Загальне:

1. Подальший розвиток відносин з ЄСМС.
2. Розвиток відносин з усіма іншими Секціями і Радами ЄСМС, особливо з релевантними до ФРМ секціями.
3. Тісна співпраця з ЄТФРМ та ЄАРМ: перегляд Білої книги з ФРМ у Європі 2006 р., узгоджені плани дій (з уникненням надлишкових дій).
4. Збалансоване співробітництво з ISPRM та іншими міжнародними Органами ФРМ.
5. Розвиток зв'язків із службами ВООЗ, які займаються Обмеженням Життєдіяльності та Реабілітацією.
6. Сприяти плану дій ВООЗ щодо обмеження життєдіяльності та здійснити деякі заходи для його практичного здійснення.
7. Змінити назву спеціальності ФРМ у Додатку V Директиви ЄС про професійну кваліфікацію на "Фізична та реабілітаційна медицина" та мінімальний період навчання від 3 до 4 років.
8. Підтримати розвиток систем медичної реабілітації у країнах Східної Європи (*напр.* Росія, Україна тощо).
9. Реорганізувати веб-сайт, щоб промотувати діяльність нашої Секції та Ради.
10. Поширювати наші документи на інших Секціях і Радах ЄСМС, для їх інформування про нашу діяльність.
11. Сприяти імплементації МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я) у щоденну практику ФРМ.

Б. Рада:

1. Збільшити кількість учасників для Сертифікації Радою шляхом іспитів через:
 - а. Надання особливих стимулів на період 2–3 роки.
 - б. Інтенсивного рекламування через Національних менеджерів та Національні товариства ФРМ важливість бути "fellow" ЄРФРМ (FEBPRM), що є "Печаткою досконалості" на європейському рівні.
 - в. Публікації статті, присвяченій статусу "fellow" ЄРФРМ (переваги, вигоди, шляхи досягнення статусу).
 - г. Співпраці з зацікавленими країнами, щоб зробити іспити Ради національними теоретичними іспитами.

2. Збільшити кількість акредитованих навчальних центрів у кожній країні ЄС.
3. Підвищити ресертифікацію fellow, старших fellow, тренерів і навчальних центрів.
4. Електронна книга для додипломного навчання з ФРМ.
5. Гармонізація програми та навчання з ФРМ серед країн ЄС. Повторно прописати її для включення до переглянутої Білої книги з ФРМ в Європі.
6. Підтримка безперервної медичної освіти та досліджень у сфері ФРМ (акредитація Європейського конгресу та навчальних програм, електронних книг та вибраних ресурсів тощо).

В. Комітет професійної практики:

1. Електронна книга Сфери компетентностей лікарів з ФРМ – Частина 2.
2. Публікація документів про роль ФРМ у кількох службах, потреба в електронній книзі.
3. Співпраця з Cochrane Rehabilitation Field.
4. Розробка Стандартів практики в Європі.

Г. Комітет клінічних стосунків:

1. Подальший розвиток Європейської акредитації якості програм.
 2. Позиційний документ про права пацієнтів.
 3. Гармонізовані настанови щодо послуг з ФРМ на європейському рівні.
 4. Сприяти стандартам амбулаторної реабілітації.
- Д. Постійна робоча група з бальнеології:
1. Збір всіх документів з доказової медицини для Бальнеологічних послуг
 2. Публікація позиційного документу з бальнеології.

Іншим прикладом того, як сприяти майбутній гармонізації, є відкриття в 2014 році діалогу і відносин за спеціальністю ФРМ з лікарями з Росії, які практикують частково реабілітаційну медицину або фізичну медицину. Вони бажали співпрацювати з Секцією та Радою ЄСМС з питань ФРМ, для трансформації їхньої практики відповідно до моделі Західної Європи та згодом створити спеціальність Фізична і Реабілітаційна Медицина в Росії. План був створений у співпраці з Російською асоціацією під назвою ARUR (Союз реабилитологов России). Були організовані чотири семінари, тривалістю по одному тижню кожний, у яких взяли участь 35 російських колег, консультантів декількох реабілітаційних відділень Росії. Перший семінар був організований у Вільнюсі в грудні 2014 року, другий у Москві в березні 2015 року, третій у Казані в червні 2015 року та четвертий у грудні 2015 року. Представлені лекції охоплювали всі сфери спеціальності ФРМ, як вони описані в нашій навчальній програмі. З вересня 2015 р. розпочато пілотний проект у тринадцяти регіонах Росії для порівнян-

ня старої системи реабілітації з новою системою. Проект тривав один рік, і Секції було запропоновано оцінити перебіг цього проекту. Кілька професорів погодилися поділитися своїми знаннями і досвідом. Вони відвідали усі 13 регіонів проекту, від Москви і Санкт-Петербурга до Казані, до Владивостоку, до Сибіру до Уралу, до Самари тощо. Учасники семінарів успішно та з ентузіазмом продовжували проект, та вони почали навчати інших молодих лікарів у Росії, щоб стати лікарями ФРМ у своїй власній країні для блага своїх пацієнтів. Співпраця ARUR з Секцією і Радою триватиме в довгостроковій перспективі, а делегати з ARUR продовжать брати участь, як спостерігачі на засіданнях Секції та Ради і Європейського товариства. У 2016 році до Секції ФРМ ЄСМС звернулось нещодавно створене Українське товариство ФРМ, щоб допомогти в країні трансформації практики реабілітації та впровадження стандартів ЄС з Фізичної та Реабілітаційної Медицини. План дій був у значній мірі такий же, як описаний вище для Росії.

Внесок до політичного планування

Спеціальність ФРМ повинна бути основним співучасником сприяння створенню сучасної політики в галузі охорони здоров'я через її специфічну спрямованість на функціонування і на всю людину, а ні на окремі захворювання. Біноміальне відношення здоров'я/хвороба все більше зосереджується на "патогенезі" (підхід, зосереджений на чинниках, що спричиняють захворювання), а ні на "салютогенезі" (підхід, зосереджений на факторах, що підтримують здоров'я та благополуччя людини). Однак ця парадигма повільно змінюється. Проте, поки що недостатньо обізнаності населення та політиків про дійсну значимість Функціонування для Здоров'я (в його цілісному розумінні) і в плані соціально-економічних наслідків Обмеження життєдіяльності. Фактом є те, що статистичні звіти і політична увага більшою мірою прикуті до показників дитячої смертності, захворюваності та її поширеності, або очікуваної тривалості життя, а не до функціональних показників, таких, як якість життя у здоров'ї, Functional Independence Measure, Очікувана тривалість життя в здоровому стані (Healthy Life Expectancy, HALE) або Роки життя, скориговані з обмеженнями життєдіяльності (Disability-Adjusted Life-Years, DALYs). Це, безумовно, етичний принцип скерувати всі наші зусилля, щоб люди вижили; також, це нормально, що це було найважливішим фокусом у Європі до прогресу медицини в останні століття. Незважаючи на це, не здається логічним, що з кращими шансами на

виживання пацієнтам не надається необхідна підтримка для досягнення гарного життя. Більш того, абсолютно абсурдно вимірювання "здоров'я" масштабами смертності або оцінювання нашого життя за статистикою смерті. Ми всі знаємо, що, досягнувши чудових показників такого низького показника дитячої смертності, ми опинимося з значною кількістю дітей з важкими обмеженнями життєдіяльності, які також етично заслуговують на нашу самовідданість. Те саме можна сказати і про людей, які виживають після дуже тяжких травм, серйозних захворювань або навіть живуть значно довше в умовах хронічних станів та станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Всі вони заслуговують на необхідну реабілітаційну допомогу. Незважаючи на те, що ФРМ зосереджує свою увагу на всіх цих аспектах, це поки що не зрозуміло для політиків та загальної популяції. МКФ була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я та прийнята ФРМ в якості довідкової системи. Але це ще не так на більш загальному рівні, навіть якщо є приклади застосування не тільки в освіті, але навіть у таких галузях, як інженерія та архітектура. У наступні роки критичним є внесок ФРМ у перенесенні фокусу з рівня смертності і захворюваності тільки на здоров'я і функціонування. Ще одним питанням є розподіл ресурсів охорони здоров'я між послугами для гострих та довготривалих станів здоров'я, включаючи обмеження життєдіяльності та стани здоров'я, які призводять до обмежень життєдіяльності. Ми сьогодні спостерігаємо великі зусилля, спрямовані на надання гострої допомоги, з благородною метою збереження більшої кількості життів. І навпаки, немає ніяких порівнянних інвестицій у невідкладну або наступну допомогу для найкращого відновлення і для досягнення максимальної функціональної продуктивності. Проте, ці інвестиції дозволять отримати не тільки переваги в якості життя і благополуччя пацієнтів, але і менші витрати на майбутню допомогу. До цього ж відноситься поспіх і пріоритетність доставлення пацієнта в гострі відділення невідкладної допомоги, в той час, як реабілітація часто ігнорується або затримується. Допомога при гострих станах повинна бути порівняною з підтримкою процесу відновлення. У цьому прагненні ФРМ – це медична спеціальність, яка може забезпечити уряди необхідним досвідом у плануванні політики реабілітації відповідно до потреб населення. ФРМ може допомогти в плануванні ефективних Мереж Реабілітаційної Допомоги; надати свій досвід для розвитку відділень, обладнання та людських ресурсів; розбудові більш бажаних оперативних моделей. Ще однією зростаючою проблемою є турбота про хро-

нічних хворих, які постійно переміщуються з одного відділення в інше, без конкретної організаційної моделі. У той час, як лікарі загальної практики можуть пропонувати адекватну компетентність при виникненні нових захворювань, пацієнти з обмеженнями життєдіяльності, або зі станами здоров'я, які спричинюють обмеження життєдіяльності, або з хронічними станами, із загостреннями або такими, що потребують безперервного догляду і підтримки, потребують гармонізації їх допомоги, створення континууму допомоги між існуючими «бункерами» національних систем охорони здоров'я в Європі. Хронічні пацієнти та особи з обмеженнями життєдіяльності пересуваються від гострої до підгострої, довготривалої, амбулаторної допомоги і домашньої допомоги в різні моменти своєї особистої клінічної історії – це потребує координації. Національні служби охорони здоров'я повинні мати спеціалізовані підрозділи, які стосуються реабілітаційної допомоги, та ФРМ повинна підвищувати знання про цю потребу. Законодавству слід враховувати право населення на реабілітаційну допомогу. Це означає, що всі страхові послуги в сфері охорони здоров'я (державні або приватні) повинні враховувати можливу потребу у реабілітаційних інтервенціях після травми, гострої хвороби або при хронічному стані, що може виникнути протягом нашого життя. При формуванні політики необхідно постійно розвивати системи реабілітації з урахуванням наступних принципів:

- Реабілітація після травми або хвороби та при хронічних захворюваннях є основним правом людини¹³;
- Справедливий і легкий доступ до всіх аспектів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для цілого населення в Європі;
- Рівномірно високі стандарти допомоги в реабілітації, включаючи гарантію якості та втручання, ґрунтуючись на наукових доказах;
- Наукова основа розробки моделей реабілітації та стандартів допомоги для керівництва клінічною практикою. З участю ФРМ мають бути впроваджені настанови, скерування та рекомендації.

Для досягнення цих цілей необхідні наступні заходи:

- покращити загальне розуміння та усвідомлення потреб людей з обмеженнями життєдіяльності;
- оприлюднити вигоди реабілітації. Це призведе до культури, в якій доступ до адекватної реабілітації розглядається як основне право людини;

- поглиблювати розуміння і співпрацю між неурядовими організаціями людей і спеціальністю ФРМ;
- створити комплексні реабілітаційні установи в Європі зі спеціалізованими і добре підготовленими реабілітаційними мульти-професійними командами під керівництвом лікарів ФРМ і добре оснащеними відділеннями реабілітації. Додатково, повинні бути створені реабілітаційні структури для реабілітації, що надається в громаді, для менеджменту хронічних захворювань, що призводять до обмежень життєдіяльності;
- заснувати системи для забезпечення того, щоб фізична та реабілітаційна медицина мала достатню кількість добре навчених та компетентних лікарів ФРМ у всіх європейських країнах;
- встановити загальні високі стандарти допомоги, що ґрунтуються на сучасних доказах. Вони повинні враховувати контроль якості та доступ до допоміжних технологій;
- включити нові технічні розробки в практику ФРМ. Це дуже важливо для підтримки реабілітації в забезпеченні кращих результатів. Все частіше технології повинні значно сприяти в Європі незалежному життю та якості життя людей з обмеженнями життєдіяльності;
- сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації з адекватним фінансуванням для покращення результатів для осіб з обмеженнями життєдіяльності;
- підтримувати середовище, де люди з обмеженнями життєдіяльності можуть бути повністю залученими до суспільства. Лікар ФРМ буде працювати з людьми з обмеженнями життєдіяльності для досягнення цієї мети.

Всі ці заходи краще дозволять людям з обмеженнями життєдіяльності вносити свій суттєвий внесок у суспільство.

Посилання

1. WRD World Health Organisation & World Bank. World Report on Disability. 2011.
2. Reeves A., McKee M., Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015 Jun;25(3):364–5.
3. Reeves A., McKee M., Mackenbach J., Whitehead M., Stuckler D. Public pensions and unmet medical need among older people: cross-national analysis of 16 European countries, 2004-2010. *J. Epidemiol Community Health*. 2017 Feb;71(2): 174–80.
4. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2016 Jun 13;48(6): 486–93.
5. Neumann V., Gutenbrunner C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela E., Giustini A., et al. Interdisciplinary team

- working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2010 Jan; 42(1):4–8.
6. Negrini S. Steady growth seen for research in physical and rehabilitation medicine: where our specialty is now and where we are going. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2012 Dec;48(4):543–8.
 7. Negrini S., Padua L., Kiekens C., Michail X., Boldrini P. Current research funding methods dumb down health care and rehabilitation for disabled people and aging population: a call for a change. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014 Dec;50(6):601–8.
 8. Jensen BT., Laustsen S., Jensen JB., Borre M., Petersen A.K. Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways-secondary results from a randomized controlled trial. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2016 Aug;24(8):3325–31.
 9. Tesio L. *I bravi e i buoni – Perche' la medicina clinica puo' essere una scienza.* Roma: Il Pensiero Scientifico; 2015.
 10. Hoffmann T.C., Glasziou P.P., Boutron I., Milne R., Perera R., Moher D., et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014 Mar 7;348:g1687.
 11. Negrini S. Application of the TIDieR checklist to improve understanding and replicability of studies in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015 Dec;51(6):667–8.
 12. The Department of Health and Social Security. *OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults.* 1988.
 13. WHO. Resolution 58.23, “Disability, including prevention, management and rehabilitation.” 2005.
 14. UEMS PRM Section Professional Practice Committee. *The Field of Competence of the Physical and Rehabilitation Medicine Physicians -Part One.* 2014.
 15. Gutenbrunner A., Delarque A. Action plan of the Professional Practice Committee-UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: description and development of our field of competence. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2009 Jun;45(2):275–80.
 16. Gutenbrunner C., Neumann V., Lemoine F., Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS). *Ann Phys Rehabil Med.* 2010 Dec;53(10):593–7.
 17. Ward A.B., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med.* 2010 May;42(5):417–24.
 18. Ward A., Gutenbrunner C., Giustini A., Delarque A., Fialka-Moser V., Kiekens C., et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J Rehabil Med.* 2012 Apr;44(4):289–98.
 19. Takác P., Petrovicová J., Delarque A., Stibrant Sunnerhagen K., Neumann V., Vetra A., et al. Position paper on PRM and persons with long term disabilities. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014 Aug;50(4):453–64.
 20. Giustini A., Varela E., Franceschini M., Votava J., Zampolini M., Berteau M., et al. UEMS–Position Paper. New technologies designed to improve functioning: the role of the physical and rehabilitation medicine physician. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014 Oct;50(5):579–83.
 21. Varela-Donoso E., Damjan H., Mucoz-Lasa S., Valero-Alcaide R., Neumann V., Chevignard M., et al. Role of the physical and rehabilitation medicine specialist regarding of children and adolescents with acquired brain injury. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Apr;49(2):213–21.
 22. McElligott J., Carroll A., Morgan J., Macdonnell C., Neumann V., Gutenbrunner C., et al. European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011 Jan;90(1):74–8.
 23. Fialka-Moser V., Korpan M., Varela E., Ward A., Gutenbrunner C., Casillas J.M., et al. The role of physical and rehabilitation medicine specialist in lymphoedema. *Ann Phys Rehabil Med.* 2013 Jul;56(5):396–410.
 24. Oral A., Ilieva E.M., Küçükdeveci A.A., Varela E., Valero R., Berteau M., et al. Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Aug;49(4):535–49.
 25. Küçükdeveci A.A., Oral A., Ilieva E.M., Varela E., Valero R., Berteau M., et al. Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Aug;49(4):551–64.
 26. Oral A., Küçükdeveci A.A., Varela E., Ilieva E.M., Valero R., Berteau M., et al. Osteoporosis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Aug;49(4):565–77.
 27. Ilieva E.M., Oral A., Küçükdeveci A.A., Varela E., Valero R., Berteau M., et al. Osteoarthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Aug;49(4):579–93.
 28. Valero R., Varela E., Küçükdeveci A.A., Oral A., Ilieva E., Berteau M., et al. Spinal pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):715–25.
 29. Oral A., Ilieva E.M., Küçükdeveci A.A., Varela E., Valero R., Berteau M., et al. Local soft tissue musculoskeletal disorders and injuries. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):727–42.
 30. Varela E., Valero R., Küçükdeveci A.A., Oral A., Ilieva E., Berteau M., et al. Shoulder pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):743–51.
 31. Varela E., Oral A., Ilieva E., Küçükdeveci A.A., Valero R., Berteau M., et al. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):753–9.

Для цього документу ім'я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

- Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
- Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
- Секцію ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
- Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
- Редактори 3^{го} видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Stefano Negrini, Pero Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Sasa Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini.
- The contributors: Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Christoph Gutenbrunner, Stefano Negrini, Nikolaos Barotsis, Pedro Cantista, Calogero Foti, Slavica Dj. Jandric, Crt Marincek, Xanthi Michail, Daniel Wever, Jerome Bickenbach, Kristian Borg, Leonard Li, Marta Imamura, Simon F Tang.
- Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

