

Даниела ДИМИТРОВА-РАДОЈИЧИЌ

УДК: 616(083.73)-056.262-053.8

Прегледен труд

МЕЃУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЈА НА ФУНКЦИОНИРАЊЕ, ИНВАЛИДНОСТ И ЗДРАВЈЕ: ВОЗРАСНИ ЛИЦА СО ОШТЕТУВАЊЕ НА ВИДОТ

Кратка содржина:

Целта на овој труд е да се направи анализа на актуелните студии за општите ограничувања при користење на Меѓународната класификација за функционирање, инвалидитет и здравје (МКФ), но и преглед на резултатите од нејзината примена кај возрасните лица со оштетен вид. Пребарувањето на литературата е направено во следните бази: ERIC, EBSCO-Host, Science-Direct, PROQUEST, SCOPUS и Google Scholar. Статиите се селектирани според тоа дали се однесуваат на некоја од силните и слабите страни на МКФ, како и нејзината примена кај возрасните лица со оштетен вид. Прегледот на литературата е направен со користење на ПРИЗМА критериумите. Со пребарување на релевантната литература констатираме сеосум статии кои ги исполнуваат критериумите за подобност. Свкупниот заклучок е дека иако МКФ е вредна алатка за опишување како функционира една личност, исто така, таа сама по себе не е инструмент за евалуација.

Клучни зборови: мкф, оштетување на видот, возрасни.

Вовед

Терминот „оштетување на видот“ се користи за да се опише сериозно намалување на способностите за гледање, вклучувајќи ја видната острина, видното поле, колорниот вид и контрастната осетливост, предизвикано од болести или траума (Штајнмец и сор., 2021). Во Меѓународната класификација на болести (11-та ревизија, 2018), „мало оштетување на видот“ е дефинирано како видна острина полоша од 6/12 до 6/18 на подобро коригираното око, „умерено оштетување на видот“ како видна острина полоша од 6/18 до 6/60, „тешко оштетување на видот“ како видна острина полоша од 6/60 до 3/60, и „слепило“ како видна острина полоша од 3/60 на подобро коригираното око (СЗО, 2014). Глобално, се проценува дека во 2020 година околу 596 милиони луѓе имале оштетен вид, а од нив 43,3 милиони биле слепи (Burton et al., 2021). Се предвидува дека бројот на лица со оштетен вид значително ќе се зголемува поради глобалното стареење на населението.

Оштетувањето на видот има значителни ефекти врз секојдневното функционирање и квалитетот на живот на поединецот (Ван Ливен и сор., 2015). Лицата кои го изгубиле видот се помалку способни да работат, да се грижат за другите, да читаат, да се дружат и да учествуваат во различни активности во слободното време (Браун и сор., 2014). Ова оштетување предизвикува тешкотии во извршувањето на основните задачи како што се купување, управување со финансии, ракување со лекови и возење (Витсон и сор., 2014). Дополнително, дури и основните дневни активности како јадење и облекување се предизвик за лицата со оштетен вид.

Меѓународната класификација на функционирање, попреченост и здравје (МКФ) креирана е во 1993 година од тим од 1.800 специјалисти од шеесет и пет земји (Ли, Ју и Ху, 2021). Во 2001 година, Светската здравствена организација (СЗО) официјално ја усвоила МКФ. Примарната цел на системот за класификација на МКФ е да воспостави стандардизиран јазик и рамка за опишување на здравјето и состојбите поврзани со здравјето (СЗО, 2001). МКФ го инкорпорира социјалниот и медицинскиот модел на попреченост во т.н. био-психо-социјален модел. Овој модел нагласува дека попреченоста не зависи само од оштетувањето или здравствената состојба на лицето, туку и од факторите на околината и личните фактори. Со вклучување на овие димензии, МКФ промовира сеопфатно разбирање на попреченоста и функционирањето, земајќи ги предвид здравствената состојба на поединецот, неговата активност и учество, како и еколошките и личните фактори кои можат или да го олеснат или попречат функционирањето (СЗО, 2001). Водечките концепти на МКФ се универзалност, паритет, неутралност и свесност за контекстот (Sulaiman et al., 2021).

МКФ се состои од два дела. Првиот дел ги вклучува структурата на телото, функцијата на телото, активностите и учеството како четири главни фактори кои го одредуваат функционирањето и попреченоста

на индивидуалот. Вториот дел се осврнува на контекстот во кој се наоѓа индивидуалот. Овој дел вклучува лични фактори, и фактори на животната средина.

Ова класификација може да се користи како: статистичка алатка за собирање и запишување податоци; алатка за истражување за мерење на резултатите и карактеризирање на учесниците; клиничка алатка за проценка, поставување цели и интервенција; алатка за планирање и креирање политики за социјално осигурување; и образовна алатка за дизајнирање на наставни програми и подигање на свеста за попреченоста (СЗО, 2001).

Методологија

Целта на овој труд е да се направи анализа на актуелните студии за општите ограничувања при користење на Меѓународната класификација за функционирање, инвалидитет и здравје (МКФ), но и преглед на резултатите од нејзината примена кај возрасните лица со оштетен вид. Пребарувањето на литературата е направено во следните бази: ERIC, EBSCO-Host, Science-Direct, PROQUEST, SCOPUS и Google Scholar. Статиите се селектирани според тоа дали се однесуваат на некоја од силните и слабите страни на МКФ, како и нејзината примена кај возрасните лица со оштетен вид. Прегледот на литературата е направен со користење на ПРИЗМА критериумите. Со пребарување на релевантната литература констатирани се осум статии кои ги исполнуваа критериумите за подобност.

Резултати

Во стручната литература се наведени голем број на ограничувања на МКФ. Генерално, овие недостатоци се однесуваат на недоволна теоретска основа, нејасна дистинкција помеѓу деловите активност и учество, слаба систематизација на индивидуалните карактеристики на поединецот и ризик од субјективност при дефинирање на благосостојбата и квалитетот на животот. Покрај тоа, МКФ има неколку други ограничувања. Комплексна е поради големиот број на категории и кодови, што претставува сериозен предизвик за нејзина примена во пракса. Постои субјективност и варијабилност меѓу оценувачите, што може да доведе до недоследности во проценките. Понатаму, МКФ нема специфичност за одредени услови, односно постои ризик дека нема соодветно да ги опфати уникатните предизвици и ограничувања со кои се соочуваат лицата со специфични услови или попреченост. Покриеноста на факторите на животната средина е ограничена, бидејќи МКФ не обезбедува сеопфатно разбирање на контекстуалните фактори кои влијаат на попреченоста. Исто така, постојат и практични предизвици за имплементација, вклучувајќи тешкотии во интегрирањето на МКФ со постоечките алатки за проценка, што може да ја попречи неговата ефективна употреба во различни ситуации (табела 1).

Табела 1. Ограничувања во примената на МКФ

Автор (година)	Земја	Предизвици
Шунтерман (2005)	Германија	МКФ примарно се фокусира на опишување на позитивните елементи на функционирањето на пациентот, но постои дефицит во однос на опишувањето на слабостите и ограничувањата на поединецот. Констатирани се слабости во мерките за проценка на МКФ, како и недостаток на јасна диференцијација помеѓу поимите „активност“ и „учество“.
Окава и Уеда (2008)	Јапонија	МКФ има импликации за здравственото законодавство и регулативи, но нема директни импликации за имплементација во центрите за рехабилитација.
Мејн и сор. (2008)	Италија	Имплементацијата на МКФ е предизвик поради нејзината големина и сложеност. Клучните бариери за имплементација е употребата на скалите за проценка и потребата од усогласување на проценките меѓу експертите од различни здравствени професии.
Рауч, Сиеза и Штуки (2008)	Швајцарија	МКФ има ограничувања, вклучувајќи го и отсуството на униформни критериуми за евалуација, субјективност и потребното време за сеопфатен извештај за пациентот.
Птјушкин и сор. (2011)	Словенија	МКФ користи сложена терминологија и постои ризик од субјективност кај оценувачите, исто така некои корисници сметаат дека е гломазна.
Јаков (2013)	Израел	Клучни проблеми се комплексноста на МКФ, предизвикот да се интегрира со постојните компјутеризирани системи и неговата несоодветност за управување со пациенти со акутни медицински состојби.
Лундалв и сор. (2015)	Шведска	МКФ е повеќе признат меѓу научните, медицинските и социјалните работници отколку меѓу членовите на организациите за попеченост.

Покрај горенаведените ограничувања, за ефективна употреба на МКФ се потребни обуки, ресурси и време. Ова значи дека професионалците и практичарите треба да инвестираат во стекнување на потребните знаења и вештини за правилна примена на МКФ во праксата.

Употреба на МКФ кај возрасните лица со оштетен вид

Примената на МКФ кај возрасните лица со оштетен вид е предмет на истражување од страна на бројни автори. Неколку студии се фокусираат на истражување на употребата на МКФ кај оваа популација за да се разбере и опише функционирањето и попреченоста на лицата со оштетен вид.

Според рамката на МКФ деветте категории на „Активности и учество“ се: учење и примена на знаењето, општи должности и барања, комуникација, мобилност, грижа за себе, домашен живот, меѓучовечки

интеракции и односи, главните животни области и заедницата, социјалниот и граѓанскиот живот (СЗО, 2001). Сепак, некои домени од делот „Активности и учество“ на МКФ, како што се „чистење станбена површина“ (d6402) и „перење и сушење облека“ (d6400), даваат само генерички описи на активностите на општо ниво (Брунинг и сор., 2010). Покрај тоа, МКФ не се базира конкретно на искуствата на лицата со оштетен вид. На пример, користењето на јавен превоз е општа активност која бара специфични когнитивни и визуелни моторни функции. Од клучно значење е да се разберат причините за нечија неспособност да „користи јавен моторизиран превоз“ (d4702), но делот „Активности и учество“ на МКФ не навлегува во конкретни прашања како што е „Идентификување на вистинскиот автобус“, што вообичаено е предизвик за лицата со оштетен вид.

МКФ не се занимава со конкретни задачи што се предизвик за лицата со оштетен вид. Затоа, потребна е посеопфатна и специјализирана евалуација за да се разберат уникатните предизвици со кои се соочуваат лицата со оштетен вид (Брунинг и сор., 2010).

Основни сетови на МКФ

МКФ се состои од голем број категории, над 1400, кои претставуваат значителен предизвик за нејзина примена во клиничката нега и истражување. За да се реши ова прашање и да се овозможи посистематски и прецизен опис на функционирањето во клиничката пракса, развиени се т.н. основни сетови на МКФ (Кеселринг и сор., 2008). Овие сетови претставуваат концизен избор на најрелевантните категории за целата класификација. Првично, основните сетови биле направени за дванаесет хронични болести (како што се дијабетес мелитус, ревматоиден артритис, депресија итн.), поради нивната распространетост и значителното влијание врз функциите. Последователно, направени се дополнителни основни сетови за многу други состојби (на пример, церебрална парализа, оштетување на слухот, аутистичен спектар на нарушувања итн.). Иако основните сетови на МКФ се креирани за специфични здравствени состојби, тие сè уште не се специјално дизајнирани за млади и возрасни лица со оштетен вид.

Во последниве години, СЗО прави напори да ја намали сложеноста на МКФ и да развие сетови кои се во корелација со основните групи специфични за болестите. Овој пристап има за цел да го намали бројот на функционални категории и да се фокусира на оние кои се релевантни за конкретни случаи.

Заклучок

СЗО активно работи на проширување на глобалната имплементација на МКФ, особено во медицинските и рехабилитационите услови. Сепак, МКФ има и неколку ограничувања. На пример, недостаток на стандардизирани критериуми и квалификатори за евалуација, ограничена достапност на информации засновани на докази за избор на соодветни терапии за различни категории на МКФ и времето за подготвување сеопфатни извештаи за пациентите. Истражувањата, исто така, покажале дека тимовите во различни земји се соочиле со значителни предизвици при имплементирање на МКФ во рехабилитацијата. Дополнително, многу автори истакнуваат дека главна пречка за имплементација на МКФ е нејзината комплексност и несоодветност со постоечките системи за рехабилитација во нивните земји (Рауч, Сиеза и Штуки, 2008).

ЛИТЕРАТУРА:

1. BROWN, J.C., GOLDSTEIN, J.E., CHAN, T.L., MASSOF, R., RAMULU, P. (2014). Low
2. Vision Research Network Study Group. Characterizing functional complaints in patients seeking outpatient low-vision services in the United States. *Ophthalmology*, 121(8), pp. 1655-1662.
3. BRUIJNING, J.E./, VAN NISPEN, R.M.A., VERSTRATEN, P.F., VAN RENS, G.H.M.B.
4. (2010). *Ophthalmic Epidemiology*, 17(6), pp. 366-377.
5. BURTON MJ, RAMKE J, MARQUES AP et al. (2021). The Lancet Global Health
6. Commission on global eye health: vision beyond 2020. *Lancet Global Health*, 9(4), pp. e489–551.
7. GILBERT, C.E., ELLWEIN, L.B. (2008). Prevalence and causes of functional low vision in
8. school-age children: results from standardized population surveys in Asia, Africa, and Latin America. *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 49(3), pp. 877-881.
9. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH
10. (ICF). (2001). Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
11. JACOB, T. (2013). The implementation of the ICF among Israeli rehabilitation centers- The
12. case of physical therapy. *Physiother Theory Pract.*, 29, pp. 536-546.
13. KESSELRING, J., COENEN. M., CIEZA, A., THOMPSON, A., KOSTANJSEK, N.,
14. STUCKI, G. (2008). Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning. *Mult Scler.*, pp. 252-254.
15. LI, B., YU, Y., HU, J. (2021). Applying the ICF-CY in visually impaired rehabilitation: a case
16. report in China. *Ann Palliat Med.*, 10(3), pp. 3459-3468.
17. LUNDÄLV J, TÖRNBOM M, LARSSON PO, SUNNERHAGEN KS. (2015). Awareness and
18. the arguments for and against the International Classification of Functioning, Disability and Health among representatives of disability organisations. *Int J Environ Res Public Health.*, 18, 12(3), 3293-3300.
19. MAINI, M., NOCENTINI, U., PREVEDINI, A., GIARDINI, A., MUSCOLO, E. (2008). An

20. Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. *Disability and Rehabilitation*, 30, pp. 1146-1152.
21. OKAWA, Y., UEDA, S. (2008). Implementation of the International Classification of
22. Functioning, Disability and Health in national legislation and policy in Japan. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31, pp. 73-77.
23. PTYUSHKIN, P., VIDMAR, G., BURGER, H., MARINCEK, C., ESCORPIZO, R. (2011).
24. The international classification of functioning, disability and health (ICF) in vocational rehabilitation and disability assessment in Slovenia: state of law and users' perspective. *Disabil Rehabil.*, 33(2), pp. 130-136.
25. RAUCH, A., CIEZA, A., STUCKI, G. (2008). How to apply the International Classification
26. of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44, pp. 329-342.
27. SCHUNTERMANN, M.F. (2005). The implementation of the International Classification of
28. Functioning, Disability and Health in Germany: Experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28, pp. 93-102.
29. STEINMETZ, J.D., BOURNE, R.R., BRIANT, P.S., ET AL. (2021). Causes of blindness and
30. vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Global Health*, 9(2), pp. e144-160.
31. SULAIMAN, S.K., MOHAMMAD, A.H., IBRAHIM, A.A., ABDU, S.I., KAKA, B. (2021).
32. Revisiting the International Classification of Functioning, Disability and Health, a Comprehensive Model for Exploring Disablement in Low- and Middle-income Countries: A Narrative Overview. *Iranian Rehabilitation Journal*, 19(3), pp. 261-272.
33. VAN LEEUWEN, L.M., RAINEY, L., KEF, S., ET AL. (2015). Investigating rehabilitation
34. needs of visually impaired young adults according to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Acta Ophthalmol*, 93, pp. 642-650.
35. WHITSON, H.E., MALHOTRA, R., CHAN, A., MATCHAR, D.B., OSTBYE, T. (2014).

-
36. Comorbid visual and cognitive impairment: Relationship with disability status and self-rated health among older Singaporeans. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 26(3), pp. 310–319.
 37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). Visual impairment and blindness. Fact sheet
 38. no. 282. Retrieved [2023, May] from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>