Journal of Health Development
e2663-1776

Обзорная статья

Методологические основы профессиональной реабилитации: систематический обзор с использованием биопсихосоциальной модели международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Абдулдаева А.А. [1], Досжанова Г.Н. [2]

[1] Директор НИИ Профилактической медицины им. академика Е.Д.Даленова, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: aigul_abduldaeva@mail.ru
[2] Главный научный сотрудник НИИ Профилактической медицины им. академика Е.Д.Даленова, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: doszhanova.g@amu.kz

* Corresponding author: doszhanova.g@amu.kz

Received: September 12, 20256
Revised: September 28, 2026
Accepted: October 16, 2026
Published: October 21, 2026

Citation: Aigul Abduldayeva, Gulnur Doszhanova. Metodologicheskie osnovy professional'noj reabilitacii: sistematicheskij obzor s ispol'zovaniem biopsihosocial'noj modeli mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (Methodological Foundations of Vocational Rehabilitation: A Systematic Review Using the Biopsychosocial Model of the International Classification of Functioning, Disability and Health). J Health Dev. 2026, 61 (5), jhd099. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-5-jhd099

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Резюме

Глобальный эпидемиологический переход и старение населения обусловили беспрецедентный рост числа лиц с ограничениями жизнедеятельности, масштаб которых, по прогнозам ВОЗ, к 2030 году достигнет 2 миллиардов человек, что сопряжено с потерями до 7% мирового ВВП вследствие эксклюзии граждан из рынка труда. В контексте данных вызовов и ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов перед Республикой Казахстан встала задача модернизации национальной системы медико-социальной экспертизы и преодоления концептуального разрыва между медико-центристским и социальным подходами. Настоящее исследование направлено на систематизацию современных научных данных о методологических основах профессиональной реабилитации на базе биопсихосоциальной модели Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), оценку эффективности существующих вмешательств и определение направлений модернизации профильной системы в стране. В работе обосновывается, что инструменты МКФ обладают высокой научно-практической ценностью для сферы профессиональной реабилитации, поскольку позволяют формализовать континуум взаимодействия функций организма, требований профессии и факторов среды на основе универсального стандартизированного языка.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, международная классификация функционирования, биопсихосоциальная модель, ограничения жизнедеятельности, трудовая интеграция.

1. Введение

Актуальность проблемы инвалидности в глобальном контексте. В конце XX - начале XXI века человечество столкнулось с фундаментальным сдвигом в структуре заболеваемости и смертности. Если на протяжении большей части истории основную угрозу представляли инфекционные

болезни, то сегодня доминирующее положение заняли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). Этот эпидемиологический переход, обусловленный стремительной урбанизацией, изменением образа жизни, увеличением продолжительности жизни и воздействием стрессогенных факторов, привел к беспрецедентному росту числа лиц с ограничениями жизнедеятельности [1,2].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Глобального бремени болезней 2019, более 1,3 миллиарда человек или каждый шестой житель планеты живут с той или иной формой инвалидности, что составляет около 16% мирового населения [3,4]. Для сравнения: в 1970-х годах этот показатель оценивался лишь в 10%. Особую тревогу вызывает тот факт, что численность людей с инвалидностью неуклонно растет. Прогнозируется, что к 2030 году этот показатель может достигнуть 2 миллиардов человек в связи с глобальным старением населения (количество людей старше 60 лет удвоится к 2050 году) и ростом распространенности таких состояний, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, онкология и ментальные расстройства [5,6].

Инвалидность перестала быть проблемой отдельного человека или его семьи. Сегодня это комплексный социально-экономический вызов. Люди с инвалидностью сталкиваются с системными барьерами в доступе к образованию, здравоохранению, занятости и участию в общественной жизни. Как следствие, показатели бедности среди них в 2-3 раза выше, а уровень занятости значительно ниже (в среднем 35-40% против 75% среди лиц без инвалидности), что создает колоссальную нагрузку на системы социального обеспечения [7,8]. По оценкам ООН, ежегодные потери мирового ВВП из-за исключения людей с инвалидностью из рынка труда составляют от 3 до 7% [9].

Проблема дефиниций и методологический вызов. Одной из главных сложностей в изучении и решении проблем инвалидности долгое время являлось отсутствие унифицированного концептуального и методологического подхода. Анализ данных ООН (DISSTAT) и национальных переписей демонстрирует поразительный разброс показателей распространенности инвалидности: от менее 2% в некоторых странах Азии и Африки (Сирия, Бангладеш, Мали) до 20-25% в странах ОЭСР (Австралия, Канада, Норвегия) [9,10]. Очевидно, что этот разброс отражает не реальную разницу в состоянии здоровья населения, а различие в применяемых определениях и инструментах измерения. Где-то инвалидность до сих пор отождествляется с полной неспособностью к труду, где-то с наличием тяжелого заболевания, а где-то с любым функциональным ограничением во взаимодействии со средой.

Долгое время в мире доминировали две полярные концепции, заложившие основу для национальных политик в отношении лиц с инвалидностью.

Медицинская (традиционная) модель рассматривает инвалидность как трагедию личности, как проблему отдельного человека, вызванную заболеванием, травмой или патологией. В рамках этой модели акцент делается на дефекте, на неспособности, на отклонении от нормы. Человек воспринимается как пассивный объект для лечения, коррекции и ухода.

Основная цель - максимально приблизить его физическое и ментальное состояние к «норме» с помощью врачей и реабилитологов [11,12]. Эта модель, доминировавшая на протяжении большей части XX века, привела к институционализации лиц с инвалидностью, созданию специализированных закрытых учреждений и их фактической сегрегации от общества. Именно в рамках этой модели формировалась практика назначения пенсий по инвалидности как основной формы социальной поддержки, что создавало «ловушку бедности» и снижало мотивацию к труду.

Социальная модель, возникшая в 1970-1980-х годах как реакция на дискриминационную практику медицинской модели, предложила радикально иной взгляд. Ее основоположники (Майкл Оливер, Колин Барнс) утверждали, что инвалидность — это не трагедия, а форма социального угнетения. Проблема кроется не в телесных нарушениях человека (impairment), а в барьерах окружающей среды (disability) - физических, архитектурных, юридических, отношенческих, которые ограничивают его возможности [13,14]. Социальная модель перенесла фокус внимания с индивида на общество, требуя устранения барьеров и обеспечения равных прав. Благодаря этой модели были приняты важнейшие законодательные акты, включая Конвенцию ООН о правах инвалидов (2006), запрещающую дискриминацию и гарантирующую право на доступную среду, образование и труд [15].

Однако обе модели в чистом виде обладали ограничениями. Медицинская модель игнорировала роль среды и личности, сводя человека к нозологии. Социальная модель, при всей ее прогрессивности, иногда недооценивала реальность телесных и ментальных нарушений и необходимость медицинской помощи и

реабилитации. Возникла настоятельная потребность в синтезе.

МКФ как революция в понимании здоровья и инвалидности. Ответом на этот методологический вызов стало создание Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая была единогласно одобрена 191 государством-членом ВОЗ на 54-й сессии Генеральной Ассамблеи ВОЗ 22 мая 2001 года [16]. МКФ стала результатом десятилетней работы тысяч экспертов из разных стран и ознаменовала собой смену парадигмы. Она предложила не просто компромисс, а принципиально новую биопсихосоциальную модель.

Эта модель рассматривает функционирование и инвалидность не как взаимоисключающие понятия, а как континуум, как результат сложного и динамического взаимодействия трех компонентов:

1. Функции и структуры организма: физиологические и психологические функции организма и анатомические части (например, психические функции, сенсорные функции, опорно-двигательный аппарат). Нарушения - это проблемы на данном уровне.

2. Активность и участие: выполнение задач или действий индивидом (активность) и вовлеченность в жизненные ситуации (участие). Ограничения - это трудности на данном уровне.

3. Факторы контекста: включают факторы окружающей среды (физическое и социальное окружение, отношение окружающих, услуги и системы) и личностные факторы (пол, возраст, образ жизни, привычки, воспитание, социальный бэкграунд) [16,17].

Ключевая инновация МКФ заключается в том, что она впервые предложила универсальный язык и систему классификации для описания этих компонентов. Инвалидность теперь понимается не как атрибут человека, а как результат взаимодействия между состоянием здоровья человека и факторами среды [18]. Например, два человека с одним и тем же диагнозом (например, травма спинного мозга) могут иметь совершенно разные уровни функционирования: один - при наличии пандуса, доступного транспорта и поддерживающей семьи может успешно работать и вести активный образ жизни, а другой - без этих условий - может быть прикован к постели. МКФ позволяет это формализовать и измерить.

Принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 года и ратифицированная Республикой Казахстан в 2015 году Конвенция о правах инвалидов закрепляет международно-правовые обязательства государств по обеспечению прав лиц с инвалидностью, включая формирование эффективной системы реабилитации и абилитации. Конвенция ориентирует государства-участников на реализацию комплексных мер, направленных на достижение и поддержание максимально возможной независимости людей с инвалидностью, развитие и реализацию их физических, психических, социальных и профессиональных возможностей, а также обеспечение полноценного участия во всех сферах общественной жизни посредством организации и расширения доступных реабилитационных услуг и программ.

Содержательные положения Конвенции концептуально соотносятся с научно-методологическими подходами, представленными в МКФ, развивают и институционализируют принципы МКФ на уровне международного права, закрепляя необходимость перехода от преимущественно медицинской модели инвалидности к интегративному подходу, ориентированному на повышение уровня функционирования, расширение активности и участия лиц с инвалидностью, а также устранение социальных и средовых барьеров их полноценной интеграции в общество [35].

Значение МКФ для профессиональной реабилитации. Особую ценность МКФ представляет для сферы профессиональной реабилитации (ПР). Профессиональная реабилитация - это многопрофильный процесс, направленный на восстановление, сохранение или развитие трудовых навыков и содействие в трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями здоровья [19]. Именно в сфере труда взаимодействие человека и среды достигает максимальной сложности. Здесь пересекаются:

- функциональные возможности организма (физическая выносливость, когнитивные способности, эмоциональная стабильность);
- требования профессии и рабочего места;
- факторы среды (поддержка коллег и руководства, доступность рабочего места, политика компании, законодательство о труде);
- личностные факторы (мотивация, самооценка, профессиональные предпочтения).

До появления МКФ не существовало единого инструмента, позволяющего комплексно оценить все эти аспекты и, что самое важное, измерить результаты вмешательств. Использование МКФ в ПР позволяет:

1. Стандартизировать оценку потребностей. Вместо размытых категорий «I, II, III группа инвалидности» реабилитолог получает возможность составить подробный профиль

функционирования клиента, используя конкретные коды (например, b130 - волевые и побудительные функции, d845 - получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений, e310 - поддержка и взаимосвязи: семья и ближайшие родственники).

2. Разрабатывать персонализированные программы. Профиль МКФ указывает на конкретные «мишени» для вмешательства: что нужно тренировать (функции), что нужно адаптировать (среда), какие навыки осваивать (активность).

3. Обеспечивать междисциплинарное взаимодействие. Врач, психолог, эрготерапевт, социальный работник и работодатель могут говорить на одном языке — языке категорий МКФ.

4. Оценивать эффективность. Повторная оценка по тем же категориям позволяет объективно зафиксировать прогресс (или его отсутствие) и принимать решения о коррекции программы.

Международной организацией труда (МОТ) и Вашингтонской группой по статистике инвалидности принят разработанный Вашингтонской группой/МОТ модуль обследования рабочей силы по инвалидности (МО-РСИ), концептуальной основой инструмента выступает МКФ, что позволяет учитывать влияние функциональных ограничений на участие человека в трудовой деятельности.

Структура модуля включает пять тематических разделов: определение инвалидности; выявление барьеров занятости; оценку потребности в адаптации условий труда; анализ социальных установок и отношения к лицам с инвалидностью; а также оценку доступа к мерам социальной защиты.

Применение данного инструмента позволяет получать сопоставимые статистические данные о положении лиц с инвалидностью трудоспособного возраста на рынке труда и факторах, влияющих на их трудовую интеграцию [20].

Состояние проблемы в Казахстане. Казахстан, как и другие постсоветские республики, находится в процессе перехода от советской медико-экспертной модели к современной биопсихосоциальной модели. Основными причинами инвалидности среди трудоспособного населения страны остаются болезни системы кровообращения и онкология, несчастные случаи на производстве, профессиональные заболевания [21,22]. Правительством РК предпринимаются значительные усилия по развитию системы реабилитации: созданы территориальные центры социального обслуживания, разрабатываются государственные программы поддержки лиц с инвалидностью, внедряются технические средства реабилитации [23].

Однако, как показывает анализ, система во многом сохраняет черты медицинской модели. Акцент при освидетельствовании лиц с трудоспособного возраста часто делается на установлении группы инвалидности и назначении пособия, а не на оценке функционирования и разработке мероприятий индивидуальной программы для возвращения к труду.

Инструменты МКФ, рекомендованные ВОЗ в 2001 году, постепенно внедряются в практику медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы только последние 5 лет.

Целью данного систематического обзора является анализ и обобщение современных научных данных о методологических основах профессиональной реабилитации, базирующихся на биопсихосоциальной модели МКФ, а также оценка эффективности реабилитационных вмешательств и определение приоритетных направлений для модернизации системы профессиональной реабилитации в Республике Казахстан.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести систематический поиск и анализ литературы по применению МКФ в профессиональной реабилитации за период 2011–2025 гг.

2. Выявить и систематизировать ключевые методологические подходы к оценке функционирования и разработке программ вмешательства.

3. Проанализировать данные об эффективности различных моделей профессиональной реабилитации (с использованием МКФ и без) на основе мета-анализов и РКИ.

4. Обобщить международный опыт внедрения ICF Core Sets и оценить возможность его адаптации в Казахстане.

5. Разработать рекомендации по совершенствованию методологии профессиональной реабилитации в республике.

2. Материалы и методы

Систематический обзор проведен в соответствии с рекомендациями PRISMA. Поиск литературы осуществлялся в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, DOAJ, Cochrane Library, а также в российской научной электронной

библиотеке eLibrary.ru за период с января 2011 по март 2025 года.

Критерии включения:

1. Систематические обзоры, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ).
2. Исследования, посвященные применению МКФ в реабилитации или оценке эффективности профессиональной реабилитации.
3. Публикации на английском и русском языках.

Критерии исключения: тезисы конференций, редакционные статьи, исследования с малым размером выборки.

3. Результаты

1. Концептуальный сдвиг: от диагноза к функционированию. Традиционная система оценки инвалидности, базирующаяся только на МКБ (нозологии), не позволяла в полной мере оценить ресурсы человека и его ограничения. МКФ предлагает унифицированный язык и систему кодирования для описания функционирования по трем ключевым доменам:

- Функции и структуры организма (например, b130 - волевые и побудительные функции, b164 - познавательные функции высокого уровня).
- Активность и участие (например, d155 - приобретение практических навыков, d240 - преодоление стресса и других психологических нагрузок совладание со стрессом, d845 - получение, сохранение и прекращение работы).
- Факторы окружающей среды (e310 - поддержка и взаимосвязи: семья и ближайшие родственники, e460 - общественные установки, e590 - службы, административные системы и политика труда и занятости [5, 8].

Это позволяет перейти от констатации факта «инвалидности» к измеримой оценке «функционального здоровья».

2. Международный опыт использования МКФ в профессиональной реабилитации

Исследования по внедрению МКФ в реабилитационную практику активно ведутся в Швейцарии, Германии, США, Канаде и Австралии [9-12]. Ключевым достижением стала разработка базовых наборов МКФ (ICF Core Sets) для различных клинических групп и ситуаций.

В контексте профессиональной реабилитации особое значение имеет разработка Vocational Rehabilitation Core Set (ICF-VR-CS). Гонконгские исследователи WOO Chi Wood и соавт. (2025) предложили модель комплексного ведения случаев (case management) на основе 13 основных категорий МКФ [13,14]. Эта модель позволяет:

- Проводить многомерную оценку потребностей клиента.
- Разрабатывать персонализированный план вмешательства.
- Осуществлять динамический мониторинг прогресса.
- Достигать значимых улучшений в психологическом благополучии, профессиональной адаптации и социальных навыках [13,14].

3. Эффективность профессиональной реабилитации: данные мета-анализов. Результаты последних систематических обзоров свидетельствуют о неоднозначной, но в целом обнадеживающей эффективности ПР.

Аффективные расстройства: Мета-анализ Chan Y.X. и соавт. (2025), включивший 9 исследований (n=1869), показал, что программы ПР достоверно снижают выраженность депрессивных симптомов непосредственно после вмешательства и в краткосрочной перспективе (до 6 месяцев), однако эффект нивелируется к 12 месяцам. При этом значимого влияния на показатели занятости и качество жизни обнаружено не было, что указывает на необходимость интеграции с поддерживающими программами на рабочем месте [15,16].

Рассеянный склероз (РС): Систематический обзор Alshaikhi A.S. и соавт. (2025) продемонстрировал высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и программ, направленных на когнитивный тренинг (размер эффекта для снижения рабочих трудностей составил 1.94). Адаптация рабочего места и индивидуализированный подход названы ключевыми факторами успеха [17,18].

Хронические соматические заболевания: Обзор Escorpizo R. и соавт. (2011) выявил 648 различных измерительных инструментов, используемых в ПР. Контент-анализ этих инструментов показал, что 49% категорий относятся к домену «Активность и участие», что подтверждает важность именно функционального, а не только клинического подхода [7,19].

4. Казахстанский контекст и проблемы внедрения

Основными причинами инвалидности среди трудоспособного населения в Казахстане остаются социально-экономические, экологические факторы и недостаточный уровень охраны труда [21,22].

Анализ казахстанской системы показывает, что, декларируя приверженность социальной модели, государство создает инфраструктуру (территориальные центры социального обслуживания). Однако, как следует из международного опыта и рекомендаций ВОЗ, без внедрения инструментов МКФ оценка эффективности реабилитации остается субъективной. Отсутствие единого языка описания функционирования затрудняет коммуникацию между медико-социальными экспертами, реабилитологами и работодателями, что снижает эффективность возвращения лиц с инвалидностью к труду [23].

Внедрение МКФ в Республике Казахстан следует рассматривать как важный инструмент реализации международных обязательств государства, вытекающих из ратификации Конвенции о правах инвалидов. Использование МКФ обеспечивает переход к индивидуализированному и междисциплинарному подходу при оценке функциональных возможностей и потребностей лиц с инвалидностью, включая их трудовой потенциал и ограничения, влияющие на участие в экономической деятельности.

В данном контексте применение МКФ создает методологическую основу для комплексной оценки факторов, влияющих на трудоустройство лиц с инвалидностью, включая состояние здоровья, уровень функционирования, условия окружающей среды и социальные барьеры. Одновременно внедрение данной классификации способствует развитию межведомственного взаимодействия между системой здравоохранения, социальной защиты и занятости, а также обеспечивает сопоставимость данных и обмен профессиональным опытом между отечественными и зарубежными специалистами в сфере трудовой реабилитации и интеграции лиц с инвалидностью на рынок труда.

4. Обсуждение

Интеграция МКФ как императив современной реабилитологии. Проведенный систематический анализ литературы убедительно демонстрирует, что методологический ландшафт профессиональной реабилитации претерпел фундаментальные изменения за последние полтора десятилетия. Биопсихосоциальная модель, реализованная в МКФ, перестала быть просто теоретической концепцией и превратилась в рабочий инструмент, определяющий клиническую практику, организацию помощи и научные исследования в ведущих странах мира [24,25]. Консервативный подход, основанный исключительно на нозологическом принципе (диагнозе по МКБ) и степени утраты трудоспособности в процентах, демонстрирует свою несостоятельность в условиях современного рынка труда и требований к качеству жизни.

Ключевым выводом нашего обзора является то, что эффективная профессиональная реабилитация невозможна без оценки всех трех компонентов функционирования. Исследования Escorpizo R. и соавт. (2011) показали, что из 648 инструментов, используемых в практике ПР, большинство так или иначе отражают домен «Активность и участие» (49%), что косвенно подтверждает практическую значимость МКФ-подхода еще до его формального внедрения [19]. Однако стихийное использование разнородных шкал и опросников создавало проблему сопоставимости данных. МКФ решает эту проблему, предоставляя единую «систему координат». Как справедливо отмечают Stucki G. и соавт., МКФ позволяет «перевести» данные, полученные с помощью разных инструментов, на единый язык, что открывает возможности для больших данных и мета-анализов в реабилитации [26].

Проблема имплементации: от Core Sets к клинической практике. Одним из главных препятствий для широкого внедрения МКФ является ее громоздкость. Полная классификация содержит более 1400 категорий, что делает ее использование в повседневной практике невозможным. Решением этой проблемы стала разработка Базовых наборов МКФ (ICF Core Sets) — списков категорий, релевантных для конкретного состояния здоровья или конкретной ситуации (например, для постинсультной реабилитации, для пациентов с хронической болью в спине, для профессиональной реабилитации в остром периоде) [27].

В контексте нашего обзора особый интерес представляет разработка и валидация Базового набора для профессиональной реабилитации (ICF Vocational Rehabilitation Core Set - ICF-VR-CS). Работа группы исследователей под руководством Escorpizo R., Finger M.E. и соавт. привела к созданию версии ICF-VR-CS, включающей около 30-40 ключевых категорий, которые должны оцениваться у всех клиентов, проходящих ПР [19,28]. К ним относятся категории из всех компонентов:

Функции организма: b130 (волевые и побудительные функции), b152 (эмоциональные

функции), b164 (познавательные функции высокого уровня), b280 (ощущение боли).

Активность и участие: d155 (приобретение практических навыков), d240 (преодоление стресса и других психологических нагрузок), d720 (сложные межличностные взаимодействия), d845 (получение, сохранение и прекращение работы), d850 (оплачиваемая работа).

Факторы среды: e310 (поддержка и взаимосвязи: семья и ближайшие родственники), e325 (поддержка и взаимосвязи: знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества), e5800 (службы здравоохранения), e5900 (службы труда и занятости).

Пример использования такого подхода продемонстрировали WOO Chi Wood и соавт. (2025) из Гонконга. Их модель комплексного ведения случаев на основе ICF-VR-CS показала, что систематическая оценка по этим категориям позволяет не только точнее выявить проблемы, но и значительно улучшить результаты в виде повышения психологического благополучия и социальной адаптации клиентов [13,14]. Это подтверждает гипотезу о том, что структурированный, основанный на МКФ подход сам по себе является терапевтическим фактором, так как делает процесс реабилитации более прозрачным и целенаправленным как для специалиста, так и для клиента.

Эффективность вмешательств: дифференцированный анализ. Обобщение данных мета-анализов и РКИ позволяет сделать несколько важных выводов об эффективности конкретных компонентов ПР.

Работа с аффективными расстройствами. Мета-анализ Chan Y.X. и соавт. (2025), включивший 9 исследований с участием 1869 человек с депрессией и тревожными расстройствами, является одним из наиболее качественных на сегодняшний день [15, 16]. Он показал, что программы ПР действительно эффективны в снижении остроты депрессивной симптоматики в краткосрочной перспективе (до 6 месяцев). Однако исчезновение эффекта к 12 месяцам и отсутствие значимого влияния на показатели занятости требуют интерпретации. Мы полагаем, что это указывает на недостаточность «тренинговых» программ, которые заканчиваются после трудоустройства. Люди с аффективными расстройствами нуждаются в длительном, иногда пожизненном, сопровождении на рабочем месте (модель supported employment). Краткосрочный тренинг навыков не способен преодолеть стигматизирующее отношение работодателя или эпизодические обострения заболевания, что подтверждается выводами более ранних исследований по психосоциальной реабилитации [29].

Когнитивные нарушения и рассеянный склероз. Систематический обзор Alshaikhi A.S. (2025) по рассеянному склерозу выявил неожиданно высокий эффект когнитивно-поведенческой терапии и когнитивного тренинга [17,18]. Размер эффекта (Cohen's d) для снижения трудностей на работе составил 1.94, что считается очень высоким показателем. Это говорит о том, что при нейродегенеративных заболеваниях ключевым звеном являются не столько физические ограничения, сколько когнитивный дефицит (память, внимание, скорость обработки информации) и эмоциональное принятие болезни. Данный результат подчеркивает необходимость включения в ICF Core Sets для ПР категорий, связанных с когнитивными функциями (b164), и разработки специализированных протоколов нейрокогнитивной реабилитации, интегрированных с профессиональной подготовкой.

Соматическая патология и боль. Хроническая боль является одним из основных факторов, ограничивающих трудоспособность. Исследования Hieblinger R. и соавт. (2009) по валидации ICF Core Set для хронической распространенной боли у пациентов с фибромиалгией показали, что категории, связанные со сном (b134), эмоциями (b152) и энергией (b130), являются не менее важными предикторами успешного возвращения к труду, чем собственно интенсивность боли [30]. Это подтверждает необходимость мультидисциплинарного подхода в ПР при соматических заболеваниях, включающего не только физическую терапию, но и психологическую поддержку и эрготерапию для энергосбережения.

Барьеры и фасилитаторы в контексте среды. Одним из наиболее ценных вкладов МКФ в теорию и практику ПР является формализация роли факторов окружающей среды. Многие годы реабилитация фокусировалась исключительно на «исправлении» человека. МКФ же позволяет оценить среду и целенаправленно ее менять. Категории e (environmental factors) делятся на барьеры (коды с точкой) и фасилитаторы (коды с плюсом).

Наш анализ показывает, что наличие поддерживающей среды (e310 - семья и ближайшие родственники, e325 - знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества, e330 - лица, обладающие властью и авторитетом, является более сильным предиктором успешного трудоустройства, чем тяжесть самого заболевания [31]. С другой стороны, негативные общественные установки (e460)

и недоступность служб труда и занятости (e5900) являются критическими барьерами. Это подводит к важному выводу: профессиональная реабилитация должна включать не только работу с лицом с инвалидностью, но и активную работу со средой - с работодателями, с семьями, с изменением законодательства. В Казахстане это направление развито крайне слабо. Работодатели зачастую не готовы создавать специализированные рабочие места, а службы занятости не имеют в своем арсенале специалистов по эргономике и сопровождению [32].

Личностные факторы: важно отметить, что МКФ, хотя и выделяет личностные факторы как отдельный компонент, пока не предлагает их стандартизированной классификации. Это связано со сложностью и культурной специфичностью таких категорий, как мотивация, самоэффективность, копинг-стратегии, ценностные ориентации. Тем не менее, современные исследования в области ПР однозначно указывают на их решающую роль. Например, мета-анализ эффективности КПТ [17], по сути, работал именно с личностными факторами — изменял дезадаптивные убеждения и повышал самоэффективность.

Разработка инструментов для оценки личностных факторов и их интеграция в МКФ-профиль является одним из наиболее перспективных направлений развития классификации [33]. Пока же специалистам рекомендуется использовать дополнительные психологические опросники, а результаты интерпретировать в контексте МКФ, рассматривая их как важный модератор реабилитационного процесса.

Сравнительный анализ систем ПР. Проведенный обзор позволяет сравнить подходы к ПР в разных странах. В странах, ратифицировавших Конвенцию ООН о правах инвалидов и активно внедряющих МКФ (Германия, Швейцария, Канада, Австралия), наблюдается тенденция к деинституционализации, развитию служб поддерживаемого трудоустройства и тесному партнерству с бизнесом [34,35]. Системы социального страхования в этих странах часто финансируют не пассивные пособия, а активные реабилитационные программы (принцип «сначала работа»).

Политика содействия занятости лиц с инвалидностью в Республике Казахстан реализуется посредством комплекса организационно-правовых и экономических механизмов, направленных на расширение возможностей их участия в трудовой деятельности. К основным инструментам относятся оказание посреднических услуг по трудоустройству через местные органы занятости, установление квот рабочих мест, а также создание специальных рабочих мест с учетом функциональных возможностей лиц с инвалидностью.

Местные исполнительные органы обеспечивают реализацию государственной политики в сфере занятости населения путем установления квоты рабочих мест для лиц с инвалидностью в размере от 2 до 4 % от общей численности рабочих мест организаций, за исключением рабочих мест на тяжелых работах и работах с вредными или опасными условиями труда. Данный механизм направлен на стимулирование работодателей к расширению возможностей трудоустройства лиц с инвалидностью и повышению их участия на рынке труда.

Наряду с этим реализуются активные меры содействия занятости, включающие направление на субсидируемые государством рабочие места, организацию профессионального обучения и переподготовки, обучение основам предпринимательства в рамках проекта Бастау Бизнес, а также предоставление государственных грантов на открытие и развитие собственного дела, что способствует развитию предпринимательской активности и повышению экономической самостоятельности лиц с инвалидностью.

Несмотря на принимаемые государством меры содействия занятости, уровень трудоустройства лиц с инвалидностью в стране составляет всего 35 %, тогда как в странах Организации экономического сотрудничества и развития данный показатель не ниже 40% [36,37].

Ограничения исследования. При интерпретации результатов данного систематического обзора необходимо учитывать ряд ограничений.

Во-первых, несмотря на систематический подход к поиску, мы могли пропустить некоторые исследования, особенно опубликованные на языках, отличных от английского и русского.

Во-вторых, высокая гетерогенность включенных исследований (разные популяции, разные виды вмешательств, разные исходы) затрудняет проведение количественного мета-анализа и требует осторожности в формулировании обобщающих выводов.

В-третьих, большая часть качественных исследований по применению МКФ проведена в странах с высоким уровнем дохода, что ограничивает возможность прямой экстраполяции их результатов на страны с переходной экономикой,

такие как Казахстан, где существуют иные социально-экономические и культурные условия.

Направления для будущих исследований в Казахстане. Результаты нашего обзора позволяют сформулировать приоритетные направления для научных исследований и практических разработок в Казахстане:

1. Адаптация и валидация ICF Core Sets. Необходимо провести исследование по адаптации международного Базового набора для профессиональной реабилитации к казахстанским условиям. Требуется определить, какие категории являются наиболее релевантными с учетом национальной специфики рынка труда, структуры инвалидности и доступных ресурсов.

2. Разработка инструментов оценки. Следует перевести и валидизировать на казахский и русский языки такие инструменты, как WORQ (Work Rehabilitation Questionnaire), которые позволяют быстро собрать данные, соответствующие категориям МКФ.

3. Пилотное внедрение. Необходимо запустить пилотные проекты по внедрению МКФ-ориентированной модели ПР в нескольких регионах страны на базе действующих реабилитационных центров. Ключевыми показателями эффективности должны стать не только «процессуальные» показатели (количество получивших услуги), но и «исходные» (доля трудоустроенных, длительность сохранения рабочего места, удовлетворенность качеством жизни).

4. Экономический анализ. Важно провести исследование экономической эффективности новой модели: сравнить затраты на внедрение МКФ-ориентированной ПР с экономическими выгодами от возвращения людей к труду (рост налоговых поступлений, снижение выплат по инвалидности).

5. Образовательные программы. Необходимо включить модули по МКФ и современным подходам к профессиональной реабилитации в программы подготовки и повышения квалификации врачей, психологов, социальных работников, специалистов по эрготерапии.

Практические рекомендации.На основе проведенного анализа мы предлагаем следующие рекомендации для трансформации системы профессиональной реабилитации в Казахстане:

- Подготовки и переход страны к МКФ через компонент наращивания потенциала профессионалов в области здравоохранения, образования и социальной защиты.

- Создать межведомственную рабочую группу с участием представителей Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты населения, НПО и работодателей для разработки национального стандарта профессиональной реабилитации.

- Разработать и утвердить национальный Базовый набор МКФ для профессиональной реабилитации и внедрить его в деятельность реабилитационных центров и центров социальной поддержки «Ten Qogam».

- Переориентировать финансирование с пассивной выплаты пособий на активные программы реабилитации и сопровождаемого трудоустройства.

- Создать систему подготовки и сертификации специалистов по эрготерапии и трудотерапии, которые станут ключевыми фигурами в системе ПР.

- Совершенствовать механизмы экономического стимулирования работодателей, создающих рабочие места и адаптирующих их для людей с инвалидностью, а также предоставляющих наставников для поддержки новых сотрудников.

5. Заключение

Инвалидность представляет собой сложный, многомерный феномен, который не может быть адекватно описан в рамках устаревшей медицинской модели. Переход к биопсихосоциальной парадигме, реализованной в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), является не просто данью научной моде, а объективной необходимостью, продиктованной требованиями эффективности, справедливости и гуманизма. Данный систематический обзор подтверждает, что МКФ служит надежной методологической основой для развития профессиональной реабилитации, позволяя стандартизировать оценку, персонализировать вмешательства и объективно измерять результаты.

Современная профессиональная реабилитация должна представлять собой непрерывный, динамический процесс, направленный не только на компенсацию / восстановление функций организма, но и на активное преобразование среды, устранение барьеров и раскрытие личностного потенциала человека. Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что наиболее эффективными являются комплексные программы, сочетающие медицинские, психологические, социальные и профессиональные компоненты и обеспеченные долгосрочным сопровождением.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-5-jhd099

Для Республики Казахстан, находящейся на пути модернизации социальной политики, внедрение методологии МКФ в систему профессиональной реабилитации является стратегическим приоритетом. Это позволит не только выполнить международные обязательства по Конвенции ООН о правах инвалидов, но и получить реальный социально-экономический эффект за счет возвращения тысяч граждан к активной трудовой деятельности, повышения их качества жизни и снижения нагрузки на систему социального обеспечения. Настало время перейти от деклараций о поддержке лиц с инвалидностью к созданию действенной, научно обоснованной системы, где каждый человек, независимо от состояния здоровья, сможет реализовать свое право на труд и достойную жизнь.

Конфликт интересов. Авторы заявляет об отсутствии конфликтов интересов. Финансирование. Отсутствует

Вклад авторов. Концептуализация – А.А.; методология – А.А.; проверка – Г.Н.; формальный анализ – Г.Н.; написание (оригинальная черновая подготовка) – А.А.; написание (обзор и редактирование) - А.А.

Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

Литература

1. GBD 2019 Viewpoint Collaborators. (2020). Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1135–1159. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1204–1222. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9
3. World Health Organization, & World Bank. (2011). World report on disability. World Health Organization. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182
4. World Health Organization. (2023). Global status report on noncommunicable diseases 2023. World Health Organization. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240073322
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2023). World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. United Nations. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://digitallibrary.un.org/record/4042780
6. International Labour Organization. (2024). World employment and social outlook: Trends 2024. https://doi.org/10.54394/HQAE1085
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A synthesis of findings across OECD countries. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264088856-en
8. Eurostat. (n.d.). Disability statistics—Labour market access. Statistics Explained. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2024). Disability and development report 2024: Accelerating the realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. United Nations. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://desapublications.un.org/publications/un-flagship-report-disability-and-development-2024
10. Mont, D. (2007). Measuring disability prevalence (Social Protection Discussion Paper No. 0706). World Bank. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://documents1.worldbank.org/curated/en/578731468323969519/pdf/395080Disability0SP070601PUBLIC1.pdf
11. Barnes, C., & Mercer, G. (2010). Exploring disability: A sociological introduction (2nd ed.). Polity Press. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://books.google.com/books?id=VEp_BwAAQBAJ
12. Oliver, M. (1990). The politics of disablement. Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-20895-1
13. Oliver, M., & Barnes, C. (2012). The new politics of disablement (2nd ed.). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-0-230-39244-1
14. Shakespeare, T. (2014). Disability rights and wrongs revisited (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315887456

15. United Nations. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

16. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-eng.pdf

17. Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. Journal of Rehabilitation Medicine, 39(4), 279–285. https://doi.org/10.2340/16501977-0041

18. Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. Disability and Rehabilitation, 41(5), 574–583. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258

19. Escorpizo, R., Finger, M. E., Glässel, A., & Cieza, A. (2011). A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Journal of Occupational Rehabilitation, 21(2), 134–146. https://doi.org/10.1007/s10926-011-9290-8

20. Washington Group on Disability Statistics. (2020, July 9). Washington Group on Disability Statistics. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.washingtongroup-disability.com/

21. Alikhanova, K. A., Smychek, V. B., & Gazalieva, Sh. M. (2013). Sovremennye podkhody k opredeleniyu invalidnosti (Modern Approaches to Defining Disability: A Monograph) [In Russian]. Karaganda, 330 p.

22. Byuro natsional'noy statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniyu i reformam Respubliki Kazakhstan. (2024). Pokazateli invalidnosti v Respublike Kazakhstan (Disability indicators in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Rezhim dostupa: https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/stat-medicine/dynamic-tables/

23. Ministerstvo truda i sotsial'noy zashchity naseleniya Respubliki Kazakhstan. (2023). Natsional'nyy doklad o realizatsii Konventsii o pravakh invalidov v Kazakhstane (National report on the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Kazakhstan) [in Russian]. Rezhim dostupa: https://www.gov.kz/uploads/2023/1/11/4eb472b5c92d3d8224cdc410abfaba90_original.2821402.pdf

24. Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (Eds.). (2021). ICF core sets: Manual for clinical practice (2nd ed.). Hogrefe Publishing. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.hogrefe.com/us/shop/icf-core-sets-91665.html

25. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 54(2), 156–165. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4

26. Prodinger, B., Scheel-Sailer, A., Escorpizo, R., Stucki, G., & UEMS PRM ICF Workshop moderators and rapporteurs. (2017). European initiative for the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health: Development of Clinical Assessment Schedules for specified rehabilitation services. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 53(2), 319–332. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04438-5

27. Grill, E., & Stucki, G. (2009). Scales could be developed based on simple clinical ratings of International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set categories. Journal of Clinical Epidemiology, 62(9), 891–898. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.02.003

28. Finger, M. E., Escorpizo, R., Glässel, A., Gmünder, H. P., Lückenkemper, M., Chan, C., Fritz, J., Studer, U., Ekholm, J., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Cieza, A. (2012). ICF Core Set for vocational rehabilitation: Results of an international consensus conference. Disability and Rehabilitation, 34(5), 429–438. https://doi.org/10.3109/09638288.2011.608145

29. Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001

30. Hieblinger, R., Coenen, M., Stucki, G., Winkelmann, A., & Cieza, A. (2009). Validation of the ICF Core Set for chronic widespread pain from the perspective of fibromyalgia patients. Arthritis Research & Therapy, 11, R67. https://doi.org/10.1186/ar2696

31. Müller, M., Fischer, U., Bartoszek, G., Grill, E., & Meyer, G. (2013). Impact of joint contractures on functioning and social participation in older individuals. BMC Geriatrics, 13, 18. https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-18

32. Zharkynbekova, N. A. (2024). Problemy trudoustroystva lits s invalidnost'yu v Kazakhstane: Bar'yery i perspektivy (Employment problems of persons with disabilities in Kazakhstan: Barriers and prospects). [In Russian] Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo Universiteta. Seriya Ekonomicheskaya, 148(2), 112–121.

33. Geyh, S., Schwegler, U., Peter, C., & Müller, R. (2019). Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A discussion paper. Disability and Rehabilitation, 41(14), 1727–1738. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1445302

34. Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 44(3), 329–342.

35. Waddell, G., Burton, A. K., & Kendall, N. A. S. (2013). Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when? Department for Work and Pensions. Website. [Cited 28 March 2026]. Available from URL: https://www.gov.uk/government/publications/vocational-rehabilitation-scientific-evidence-review

36. Zakon Respubliki Kazakhstan. O ratifikatsii Konventsii o pravakh invalidov (On Ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) [in Russian]: ot 20 fevralya 2015 goda № 288-V ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000288

Кәсіби оңалтудың методологиялық негіздері: халықаралық функциялар, мүгедектік және денсаулық классификациясының биопсихоәлеуметтік моделін қолдана отырып жасалған жүйелі шолу

Абдулдаева А.А. [1], Досжанова Г.Н. [2*]

[1] Академик Е.Д.Даленов атындағы Профилактикалық медицина ғылыми-зерттеу институтының директоры, Астана Медицина Университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: aigul_abduldaeva@mail.ru

[2] Академик Е.Д.Даленов атындағы Профилактикалық медицина ғылыми-зерттеу институтының бас ғылыми қызметкері, Астана Медицина Университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: doszhanova.g@amu.kz

Түйіндеме

Жаһандық эпидемиологиялық ауысу және халықтың қартаюы тіршілік-тынысы шектелген адамдар санының бұрын-соңды болмаған өсуіне алып келді, олардың ауқымы ДДСҰ болжамдары бойынша 2030 жылға қарай 2 миллиард адамға жетеді, бұл азаматтардың еңбек нарығынан шеттетілуі салдарынан әлемдік ЖІӨ-нің 7%-ға дейін шығындалуымен ұштасады. Осы сын-қатерлер мен БҰҰ-ның Мүгедектердің құқықтары туралы конвенциясын ратификациялау жағдайында Қазақстан Республикасының алдында медициналық-әлеуметтік сараптаманың ұлттық жүйесін жаңғырту және медико-центристік пен әлеуметтік тәсілдер арасындағы концептуалды алшақтықты еңсеру міндеті тұрды. Бұл зерттеу Халықаралық функциялар, тіршілік-тынысының шектелуі және денсаулық классификациясының (ХФК) биопсихоәлеуметтік моделі негізінде кәсіптік оңалтудың әдіснамалық негіздері туралы заманауи ғылыми деректерді жүйелеуге, қолданыстағы араласулардың тиімділігін бағалауға және елдегі бейінді жүйені жаңғырту бағыттарын айқындауға бағытталған. Жұмыста ХФК құралдарының кәсіптік оңалту саласы үшін ғылыми-тәжірибелік құндылығы жоғары екендігі негізделеді, өйткені олар әмбебап стандартталған тіл негізінде ағза функцияларының, кәсіп талаптары мен орта факторларының өзара іс-қимыл континуумын ресімдеуге мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: кәсіптік оңалту, халықаралық функциялар классификациясы, биопсихоәлеуметтік модель, тіршілік-тынысының шектелуі, еңбекке интеграциялау.

Methodological Foundations of Vocational Rehabilitation: A Systematic Review Using the Biopsychosocial Model of the International Classification of Functioning, Disability and Health

Aigul Abduldayeva [1], Gulnur Doszhanova [2*]

[1] Director of the Research Institute of Preventive Medicine named after Academician E.D. Dalenov, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: aigul_abduldaeva@mail.ru

[2] Chief Researcher of the Research Institute of Preventive Medicine named after Academician E.D. Dalenov, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: doszhanova.g@amu.kz

Abstract

The global epidemiological transition and population aging have driven an unprecedented increase in the number of persons with disabilities, a population projected by the WHO to reach 2 billion by 2030, entailing losses of up to 7% of global GDP due to the exclusion of citizens from the labor market. Against the backdrop of these challenges and the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the Republic of Kazakhstan faces the crucial task of modernizing its national system of medical and social expertise and overcoming the conceptual gap between medico-centric and social models. This study aims to systemize current scientific data on the methodological foundations of vocational rehabilitation based on the biopsychosocial model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evaluate the effectiveness of existing interventions, and identify directions for modernizing the relevant national system. The paper argues that ICF tools possess high scientific and practical value for vocational rehabilitation, as they enable the formalization of the continuum of interaction between body functions, job demands, and environmental factors using a universal, standardized language.

Keywords: vocational rehabilitation, international classification of functioning, disability and health, biopsychosocial model, disabilities, labor market integration.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-5-jhd099